

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

604

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 juillet 1900, à 1 heure

PAR

PAUL FUMEY

Né à Besançon le 2 août 1873.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES RÉTRODÉVIATIONS
DE L'UTÉRUS

Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

Procédé de M. Doléris.

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. JALAGUIER, professeur.
VARNIER et LEPAGE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

604

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

403



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 juillet 1900, à 1 heure

PAR

PAUL FUMEY

Né à Besançon le 2 août 1873.

—**—

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES RÉTRODÉVIATIONS
DE L'UTÉRUS

Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

Procédé de M. Doléris.

Président : M. PINARD, professeur.

Juges { MM. JALAGUIER, professeur.
VARNIER et LEPAGE, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qu'il lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		ROUCHARD.
Pat ologie médicale	}	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		HUTINEL.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		BRISAUD.
		CHANTEMESSE
	}	POTAIN.
Clinique médicale.		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladie des enfants.		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.		BERGER.
	}	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.		LE DENTU
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.
Clinique d'accouchements.		BUDIN.
		PINARD.

MM.

Agrégés en exercice.

ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (André)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques: M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798. l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MON FRÈRE

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DOLÉRIE

Accoucheur des hôpitaux.
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de médecine.
Chevalier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DES RÉTRODÉVIATIONS
DE L'UTÉRUS

Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. Procédé de M. Doléri

AVANT-PROPOS

Malgré l'immense chemin parcouru par les progrès de la gynécologie, en ces derniers temps, la cure radicale des rétrodéviations utérines restait en arrière, manquant d'un procédé opératoire toujours praticable et sans inconvénients plus ou moins grands.

Le nombre des méthodes employées dans ce but était pourtant, déjà, assez considérable, mais les résultats n'étaient pas toujours satisfaisants.

Il est donc naturel que d'autres procédés se présentent, avec la prétention ou au moins avec l'espoir d'obtenir le succès que leurs aînés n'ont pas remporté.

Il est néanmoins déjà bien difficile de présenter quelque chose de tout à fait nouveau, tellement on a inventé,

modifié et combiné les procédés les uns avec les autres.

Les opérations les plus en vogue, auxquelles sont attachés les noms d'Alexander, d'Olshausen et de Dührssen avaient été imaginées par d'autres: l'idée et le plan avaient été déjà fournis respectivement par Alquié, par Köberlé et par Sängér. Mais comme les premiers les avaient modifiées et vulgarisées, elles portèrent leurs noms.

De tous les côtés et presque à la fois paraissent les mêmes inventions et les mêmes modifications. Köberlé imagine la ventro-fixation; Olshausen la modifie et l'implante en Allemagne. Presque en même temps, Kelly, de son côté, se l'approprie et l'implante aussi en Amérique.

A Berlin, la vagino-fixation arrive avec Dührssen et Makenrodt: indépendamment l'un de l'autre, et en même temps ils la présentent, chacun avec sa particularité.

Des coïncidences semblables ont encore lieu avec Bode et Wylie pour le raccourcissement des ligaments ronds.

Et enfin, c'est ce qui se passe avec le procédé que nous allons décrire. M. Spinelli revendique la priorité de la « gastro-hystéropexie médiate », pratiquée à l'aide des ligaments ronds. Mais disons-le de suite, le procédé du très distingué chirurgien de Naples, n'a qu'un rapport éloigné avec le *modus faciendi* de M. Doléris.

Pour bien faire voir les principes rationnels aux-

quels obéit le procédé de M. Doléris et les avantages qu'il présente sur les autres procédés employés, après avoir rappelé en passant les position et moyens de fixation normale de l'utérus, son mode d'accroissement pendant la grossesse, nous passerons en revue les principales méthodes opératoires opposées aux rétrodéviations. Chemin faisant nous pèserons leurs avantages et désavantages et surtout les graves accidents auxquels donnent lieu quelques-unes d'entre elles qui ne laissent pas l'utérus dans des conditions physiologiques normales.

Nous arriverons ainsi, indirectement, à faire la meilleure démonstration des avantages de ce procédé.

C'est sous l'inspiration de M. Doléris, accoucheur des hôpitaux, que nous avons fait ce travail. Nous n'oublions pas avec quelle bienveillance, il nous a accueilli dans son service de l'hôpital Boucicaut ; pour notre thèse il nous a donné de précieux conseils, nous lui adressons nos plus vifs remerciements.

Nous remercions également, M. le professeur Pinard de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire, en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I

Anatomie normale. — Développement de l'utérus gravide.

Il est indispensable de bien connaître la position de l'utérus pour étudier ses déplacements et surtout pour corriger l'attitude vicieuse.

Chez la femme saine, l'utérus n'est pas fixe, il se déplace sous l'influence de la vacuité et de la réplétion des organes creux qui l'avoisinent, vessie et rectum. Quand la vessie et le rectum sont vides, le col de l'utérus est en arrière, au voisinage des dernières vertèbres coccygiennes, reposant sur le périnée qui lui offre un solide point d'appui. Le fond est en avant, derrière la partie supérieure de la symphyse pubienne. La situation normale de l'utérus est donc l'antéversion : son axe fait avec celui du vagin un angle à peu près droit.

La vessie, en passant de l'état de vacuité à l'état de distension, repousse en arrière l'utérus qui se rapproche peu à peu de la verticale, l'atteint et la dépasserait même d'après Schultze. Puis quand le réservoir urinaire revient sur lui-même au moment de la miction, l'utérus lui aussi revient à sa position initiale, s'inclinant d'autant plus que la vessie se réduit davantage.

Le corps de l'utérus se déplace donc, sous l'influence des changements de volume de la vessie, alternativement d'avant en arrière et d'arrière en avant.

Le rectum distendu par les matières fécales, peut à son tour refouler l'utérus en avant. Mais ce déplacement d'origine rectale est peu prononcé : les changements de volume que subit l'ampoule rectale ne sont pas comparables à ceux que nous présente le réservoir urinaire.

Quand les deux réservoirs sont remplis simultanément, l'utérus s'élève en totalité d'une manière notable, et l'axe de l'utérus devient à peu près parallèle à celui du détroit supérieur.

Les déplacements physiologiques de l'utérus sont donc assez étendus : leur caractère est d'être transitoires. Que l'un de ces déplacements, au lieu d'être transitoire, devienne permanent, pathologique, on a une déviation de l'utérus : anté-déviation, rétro-déviation.

Les principaux agents de suspension de l'utérus sont : une vaste aponévrose, appelée sacro-recto-génitale par M. Delbet (1), et dont les ligaments de Douglas font partie ; le releveur de l'anus. « A cela il faut ajouter les ligaments ronds, auxquels on n'attache pas assez d'importance en général. Ces ligaments sont beaucoup plus résistants qu'il n'est nécessaire pour agir sur l'utérus : en outre, ils sont formés de fibres musculaires. Ce sont eux peut-être qui ramènent en

1. Pierre Delbet. *Des suppurations pelviennes chez la femme*,

avant le fond de l'utérus, lorsque la vessie se vide » (1). Une remarquable expérience de Spiegelberg met bien en lumière leur rôle utile dans le maintien de l'organe. « Sous l'influence d'un courant induit passant au travers de l'utérus, cet organe, dont le fond touchait le sacrum, s'est soulevé, il s'est placé perpendiculairement dans le bassin ; alors les ligaments ronds se tendirent et attirèrent l'utérus en avant » (2). L'antéversion normale est donc maintenue par l'action des ligaments ronds, qui tirent le corps en haut et en avant. Que pour une raison quelconque, ces ligaments perdent leur tonicité, pour ainsi dire, et se relâchent, l'utérus restera en chemin lors de ses excursions et une attitude vicieuse s'ensuivra.

Les ligaments larges maintiennent l'utérus de telle sorte qu'il ne peut guère basculer en avant et en arrière, et encore moins de droite à gauche ou inversement.

Pendant la grossesse, par suite de son développement, l'utérus change de forme et de rapports. A l'état de vacuité, il offre une forme triangulaire : des angles supérieurs naissent les trompes et, immédiatement au-dessous d'elles, se détachent les fibres musculaires qui vont former les ligaments ronds. Sur un utérus gravide, cet aspect est totalement modifié : ce n'est plus du fond de l'organe que naissent les ligaments ronds, mais beaucoup plus bas. Au cinquième

1. Pierre Delbet. *Loc. cit.*

2. Spiegelberg. *Monat. für Geburtsh.*, 1884, t. XXVI.

ou sixième mois, ils émergent à l'union du tiers supérieur avec les 2/3 inférieurs.

C'est que le développement de l'utérus gravide ne se fait pas en bloc et en un seul temps. Les différentes parties du corps de l'utérus se développent successivement, par poussées inégales.

Dans les deux premiers mois de la grossesse, la capacité de l'utérus s'accroît surtout grâce à ce que ses parois antérieure et postérieure, de planes qu'elles étaient, deviennent presque demi-cylindriques. L'utérus prend alors un aspect fusiforme. Dès le troisième mois l'utérus est presque sphérique. A partir de ce moment, le fond fournit l'élément principal de l'accroissement de l'utérus, qui prend une forme ovoïde au cinquième et au sixième mois de la grossesse : les ligaments ronds paraissent alors s'insérer très bas.

Pendant tout ce temps, le segment inférieur est resté à peu près indemne : il va s'accroître à son tour et cet accroissement se continuera pendant les trois derniers mois de la grossesse.

Par suite du mouvement ascensionnel de l'utérus, les ligaments ronds subissent des modifications importantes : ils sont fortement tirillés de bas en haut et prennent une direction très inclinée. Leur insertion à l'utérus se fait beaucoup plus près de la face antérieure que de la face postérieure de l'organe, aussi les sent-on assez facilement avec la main pendant la grossesse et l'accouchement, sous forme de deux cordons cylindrique assez volumineux situés sur les parties latérales et inférieures de l'utérus.

Placer l'utérus dans des conditions telles que ces modifications nécessitées par l'état gravidique ne soient nullement entravées, doit donc être l'idéal du chirurgien, lorsqu'il est obligé d'intervenir pour corriger une position vicieuse de cet organe.

Les différents procédés proposés jusqu'à ce jour, réalisent-ils ces desiderata ? Survienne une grossesse, quel sera son pronostic et pour la mère et pour l'enfant ?

CHAPITRE II

Les différents traitements des rétro-déviation. Leur valeur.

Il n'est pas de sujet qui ait autant exercé l'imagination des gynécologues que le traitement des rétro-déviation de l'utérus. Nombre de méthodes furent érigées, avec un succès égal, au début, jusqu'au moment où, de graves accidents consécutifs les firent tenir en dis-crédit.

Quand la déviation utérine ne survient que comme épiphénomène dans le complexus morbide constitué par l'inflammation des annexes, le traitement doit s'adresser à l'affection causale, l'annexite. L'utérus est refoulé, déformé par ces lésions annexielles et de nombreuses adhérences pelviennes : ici la déviation n'est rien, les lésions ovariennes et tubaires sont tout, et c'est contre ces dernières que le traitement doit être exclusivement dirigé. Leur ablation effectuée, l'utérus mobilisé reste à sa place et n'a pas besoin d'être fixé ; ou bien il disparaît avec les organes malades, s'il est assez altéré pour mettre obstacle à la guérison parfaite.

S'agit-il d'une rétro-déviation, sans état morbide anté-

rieur, simple ou compliquée, quel traitement lui opposer ? Se contentera-t-on de la réduire, ou aura-t-on recours à un procédé de fixation ?

La stérilité étant une des premières conséquences de l'attitude vicieuse, et n'étant en aucun cas une quantité négligeable, les troubles fonctionnels et douloureux qui l'accompagnent, et les complications inflammatoires qui peuvent survenir, font au chirurgien un devoir d'opposer un traitement radical aux déviations de l'utérus en arrière.

« Si la rétro-déviation est facilement réductible, il ne faut pas la considérer comme une affection insignifiante et l'abandonner à elle-même, car une rétroversion réductible est à peu près fatalement condamnée à s'aggraver. Comme l'a dit Trélat, elle tend à contracter des adhérences, elle a de grandes chances pour redevenir douloureuse et le traitement sera à la fois beaucoup plus difficile et beaucoup plus dangereux. Comme on peut traiter les rétrodéviations réductibles sans faire courir le moindre risque à la malade, il faudra avoir recours sans hésiter à ce traitement. Mais s'il s'agit d'une rétro-déviation irréductible, comme d'une part, elle ne peut plus guère s'aggraver et que, d'autre part, tous les moyens de traitement qu'on peut lui opposer ont une certaine gravité, on n'est autorisé à agir que sous la pression de symptômes sérieux ; si les douleurs ont disparu, il faut attendre. Mais il est exceptionnel qu'elles disparaissent. Les rétrodéviations adhérentes s'accompagnent presque toujours, sinon toujours, de lésions des annexes. C'est

la périannexite qui détermine les adhérences : aussi les douleurs ne disparaissent guère, ou si elles disparaissent, c'est d'une manière transitoire, si bien qu'on est presque toujours conduit à traiter les rétroversions adhérentes » (P. Delbet. *In Traité de Chirurgie*. Duplay et Reclus, 1899, T. VIII, p. 236).

Nous nous occuperons tout d'abord des rétrodéviations les plus simples, des rétrodéviations mobiles et sans lésions des annexes, pouvant évoluer sans grands symptômes ou même sans aucun symptôme. Le plus souvent, pour si simples qu'elles soient elles s'accompagnent de relâchement des ligaments, de congestion, de sclérose.

Peuvent-elles être absolument simples, absolument indolores ? Nombre d'auteurs le mettent en doute, d'autres l'admettent. Pour ces deniers, la matrice normale pour tout le reste, se trouverait en rétroversion sans qu'il y ait aucun préjudice pour la santé. « Il n'est pas exceptionnel, d'après Delagénère (1), de rencontrer des femmes atteintes de rétrodéviations anciennes dont elles n'ont jamais souffert. »

En ce cas, est-il besoin de parler de traitement ? Ce serait, d'ailleurs, bien exceptionnel qu'une femme acceptât de se soumettre à un traitement médical ou chirurgical, pour une affection dont elle n'éprouve aucune gêne.

Le plus souvent donc, le cortège symptomatique de la déviation éveille l'attention et impose l'intervention.

1. Delagénère. *Annales de gynécologie*, 1890.

L'utérus est réduit et maintenu en bonne position soit à l'aide de pessaires, soit par une opération chirurgicale. Mais est-il toujours facile de poser le diagnostic ferme d'attitude vicieuse simple ? Arrive-t-on toujours à des sensations bien définies par les moyens d'exploration, toucher vaginal, toucher rectal, seuls ou combinés ? Nous ne le pensons pas. Tel chirurgien a pratiqué une laparatomie pour rétrodéviation mobile, qui croyait à une rétrodéviation adhérente. Les manœuvres de redressement provoquent aussi parfois de fausses réductions, le corps utérin entraînant avec lui la paroi antérieure du rectum, et c'est ainsi que ces rétrodéviations diagnostiquées mobiles étaient en réalité adhérentes.

Quoi qu'il en soit, passons en revue les méthodes proposées pour la cure de cette variété de l'affection qui nous occupe ; et nous verrons, chemin faisant, quel reproche on peut leur adresser.

La réduction de l'attitude vicieuse, est d'abord tentée.

On a proposé de la faire, d'une façon en quelque sorte automatique en plaçant la malade dans la position genu-pectorale.

En 1873, Solger (1) y ajouta un artifice auquel Courty donna le nom de *réposition spontanée aérienne* : à l'aide d'une valve, le périnée et la paroi vaginale postérieure sont déprimés ; l'air fait irruption dans le vagin et par sa pression l'utérus se réduit. D'après A.

1. Solger. *Beitr. z. geb. med. Gynæk. der Gesellsch. für Geb. zu Berlin*, 1873.

Martin, cette action de l'air serait très problématique. Ces manœuvres ne peuvent réussir qu'au cas où la déviation est extrêmement mobile et récente : il ne s'agirait là rien moins que d'une attitude transitoire qui d'elle-même pourrait se corriger.

Dans la plupart des cas, la réduction bi-manuelle suffit à replacer l'utérus en bonne position. Toutefois, on doit souvent avoir recours à la sonde intra-utérine ou à un redresseur approprié.

Lorsque tous ces procédés échouent, Schultze, préconise sa méthode de redressement ; mais, comme nous le verrons, c'est une méthode aveugle et dangereuse.

La réduction obtenue, la contention de l'utérus est demandée soit aux pessaires, soit à une opération chirurgicale.

Dans un article paru dans la *Semaine gynécologique* M. Pichevin (1) assistant de gynécologie du professeur Le Dentu s'exprime de la façon suivante : « Tout utérus mobile ou facilement mobilisable peut et doit être traité par le pessaire. Il est certain qu'on ne réussit pas chez toutes les femmes atteintes de rétrodéviation, mais j'affirme qu'on obtient des résultats fort satisfaisants dans la grande majorité des cas ».

Beaucoup d'auteurs n'accordent pas au pessaire les mêmes avantages, et sans vouloir trancher cette question débattue, voyons quelles sont les pièces du procès.

Les pessaires vaginaux à rétroversion, ont ceci de

1. Pichevin. *Semaine gynécologique*, 1899 n° 47.

commun qu'ils prennent point d'appui sur la partie antérieure du vagin et qu'ils agissent en arrière soit sur le cul-de-sac postérieur pour le soulever et entraîner avec lui le col, soit en même temps sur le cul-de-sac postérieur et sur la face antérieure du col pour le repousser directement en arrière.

Il ne peuvent donc agir qu'à condition que le péri-née soit suffisant, ait une certaine résistance, et que leur forme soit normalement adaptée au cas particulier.

Leurs variétés, il est vrai, sont innombrables.

Le pessaire annulaire de Dumontpallier, par la distension qu'il exerce au niveau des culs-de-sac amènerait le redressement spontané de l'utérus. Mais, le plus souvent inefficace, il a surtout le grand inconvénient de déterminer des douleurs telles que la malade en demande presque toujours l'ablation.

C'est qu'en effet, « il faut, pour que l'action de ce pessaire soit efficace, que la distension du vagin soit portée aussi loin que l'élasticité de ce canal le permet, sinon l'anneau élastique constituerait un corps étranger de faible importance thérapeutique » (1).

Le pessaire à double courbure de Hodge, tendant au maximum le cul-de-sac postérieur, fait basculer le col en arrière et maintient la réduction. Mais, il n'est pas toujours d'une application bien facile. Son choix doit être judicieux ; car, trop petit, il serait inutile, trop grand, il serait insupportable. Il doit donc être de dimension convenable, pour qu'il n'exerce qu'une pres-

1. Auvard. *Diction. des Sciences méd.* T. XXIII, p. 614.

sion modérée au niveau de sa partie inférieure et qu'il remonte assez haut pour tendre le cul-de-sac postérieur et accrocher solidement le col. Malgré toutes ces précautions chez la femme à symphyse presque verticale et non oblique, il glissera hors de la vulve, le point d'appui pubien faisant défaut.

Le pessaire en berceau ou à simple courbure de Schröder (1) a peut-être l'avantage de ne pas descendre si bas que celui de Hodge et, de bien soutenir la paroi antérieure du vagin, en laissant plus libre l'entrée de ce conduit. Mais, par le fait de sa simple courbure, il prend une direction horizontale qui a pour conséquence de rendre à peu près nul l'effet produit sur la rétroversion.

Quant au pessaire en huit de chiffre de Schultze, les parties molles lui servant de point d'appui, sa position n'est pas absolument constante et le moindre effort suffit à le déplacer.

Quoiqu'il en soit, deux faits resteront à la louange de ces instruments : leur emploi a favorisé la grossesse et soulagé les douleurs.

Est-ce là tout ce que l'on doit demander à une méthode de traitement ? Evidemment non. Le pessaire n'est qu'un moyen palliatif, le plus souvent insuffisant et toujours incommode.

Fritsch (2), s'exprimait en ces termes, au congrès

1. Schröder. *Maladies des org. génit. de la femme*. Traduct. franç., p. 178.

2. *Congrès de la Soc. all. de Gyn.* tenu à Halle du 24 au 26 mai 1888.

de Halle : « Si l'on tend aujourd'hui à abandonner l'emploi des pessaires, la raison en est bien simple : la laparotomie est certainement plus facile à faire que ne l'est le choix d'un bon pessaire ; il m'a fallu, sans exagération aucune, dix ans pour me familiariser avec ce mode de traitement, et actuellement, il me faut en général pas moins d'une semaine pour trouver le pessaire le plus convenable pour un cas donné ».

Le pessaire choisi et appliqué, une grande surveillance doit être exercée, une antiseptie rigoureuse recommandée, des soins de propreté constants, exigés. Les malades s'y astreindront-elles ? Il y a là un assujettissement prolongé qui se changera en un incontestable dégoût pour certaines femmes, en impossibilité pour d'autres. « Le pessaire même bien appliqué, n'est pas immuable dans tous les vagins, et *fait bien souvent illusion* » (1).

D'autres fois c'est un corps étranger, incrusté de sels calcaires, qui irrite le vagin, ulcère même les culs-de-sac et les parois (2), et qui loin de calmer la douleur, l'exaspère au contraire. La femme devient « l'hôte régulier des cabinets de consultation » porteur d'une infirmité dégoûtante.

A la Société de Chirurgie, le 27 mars 1889 M. Segond déclarait : « Les pessaires, si bien appliqués qu'ils

1. Richelot. *Annales d'obst., de gyn. et de péd.*, 1898, 1^{re} sem. p. 325.

2. M. de Bovis. *Corps étranger de l'utérus (pessaire) datant de 15 ans. Intervention. Guérison. Union méd. du Nord-Est*, 15 mars 1898.

soient sont des hôtes plus ou moins gênants et leurs inconvénients ont une évidence particulière ». Enfin, Richelot, à la Société d'obstétrique, de gynécologie, et de pédiatrie, en sa séance du 6 avril dernier, après avoir fait état des bons offices du pessaire, conclut ainsi : « Le pessaire est un palliatif qui soulage mais ne guérit pas, c'est un assujettissement, une infirmité nouvelle qui remplace l'autre, et il faut que la chirurgie soit bien timide ou bien mal outillée pour retenir ce moyen d'un autre âge ».

Pour qu'il puisse être de quelque utilité, le pessaire a besoin, comme appui d'un périnée intact et suffisant. Cette dernière condition n'étant pas réalisée, une opération s'impose, le périnéorrhaphie, pour rendre au périnée sa résistance.

Or, du moment qu'une opération sanglante s'impose, pourquoi ne pas penser à tenter, par la même occasion, une cure radicale de la rétrodéviation ?

Nous avons supposé jusqu'ici la rétroversion facilement réductible, mais il n'en est pas toujours ainsi, tant s'en faut au contraire. Elle résiste alors aux manœuvres de réduction, et les adhérences contractées par l'utérus avec les organes voisins maintiennent ce dernier en mauvaise position. Quelles méthodes a-t-on employées pour obvier à ces inconvénients ?

En 1879, Schultze (1) proposa une manœuvre qui devait permettre de se rendre maître des résistances. Après anesthésie préalable, un doigt est introduit dans

1. Schultze. *Centralbl. f. gyn.* 1879, n° 9.

l'utérus dilaté et ramène l'organe en avant, sous le contrôle d'un autre doigt placé dans le rectum ou le vagin. De cette façon il y a rupture des adhérences aux organes voisins. Malgré les beaux résultats de Zeiss (1), de Skutsch (2), il n'en est pas moins vrai que c'est une manœuvre aveugle, brutale et qui n'est pas sans dangers. Les hémorrhagies consécutives et parfois des accidents graves ont pu se produire lorsque des adhérences trop fortes existaient avec l'intestin : la péritonite a été observée (3). Dans certains cas, même, la libération des adhérences fixant l'utérus en rétroversion n'a pu être faite que par l'ouverture du cul-de-sac postérieur ou même par la laparotomie (4).

De meilleurs résultats ont été fournis par le massage gynécologique. C'est le suédois Thure Brandt qui appliqua le massage au traitement des maladies des organes génitaux de la femme ; avant lui des médecins avaient bien retiré quelques avantages de ce genre de médication, mais il fut le premier à formuler des préceptes et vulgarisa sa méthode vers 1860. Norstrom, Auban, Boisleux publièrent d'importants travaux sur ce sujet. En 1898, Stapfer (5) a repris la question et a cité de nombreux cas de rétrodéviations améliorés ou guéris par ce procédé. Enfin Richelot a préconisé le

1. Zeiss. *Centr. f. gyn.*, 1888, n° 30.

2. Skutsch. *Centr. f. gyn.*, 1888, n° 24.

3. Mundé. *Am. Journal of Obstet.*, juillet 1890.

4. Dubourg de Bordeaux. *Soc. de méd. de Bordeaux*, séance du 1^{er} juin 1894, *In Journ. de méd. de Bordeaux*, 1894.

5. Stapfer. *Kinésithérapie gynécologique*.

massage dans les cas simples, surtout s'ils sont accompagnés de ptose viscérale.

Très en vogue à l'étranger, il consiste en mouvements variés, frictions circulaires, vibrations, effleurage, pression, élévation, malaxation exécutés avec la main sur les organes génitaux, soit à travers l'abdomen, soit par le vagin, soit par les deux mains simultanément.

De grands inconvénients s'opposent à la fortune de ce procédé. D'abord pendant toute la durée du traitement, souvent fort long, la malade doit observer un repos presque complet. Il s'en suit qu'il ne devient applicable qu'à un nombre de femmes relativement restreint et favorisé par les circonstances. La direction en doit être confiée à des personnes expérimentées : sa technique consistant en manœuvres délicates et ne s'acquiérant que par une longue pratique, exige une main habile et exercée. Car imprudemment pratiqué, il peut réveiller ou provoquer des poussées de salpingite ou de péritonite. « Il n'est pas rare en outre de voir se produire des épanchements sanguins et on doit admettre que ces épanchements fournissent particulièrement aux germes qui avaient perdu leur virulence, le milieu nutritif qui leur permet de se développer à nouveau, de récupérer leur virulence ». (1)

Indépendamment des reproches extra-médicaux dont ce mode de traitement est susceptible, le temps

1. A. Martin, 12^e Congrès des Sciences médicales de Moscou, 20 août 1897.

relativement long auquel il faut s'y soumettre pour obtenir un résultat appréciable et, encore, avec des chances de récédive, ne le rend pas toujours très acceptable.

Néanmoins, actuellement, certains chirurgiens l'emploient comme traitement préliminaire dans les rétro-déviations légèrement adhérentes, pour mobiliser l'utérus. Quand ce résultat est obtenu, ils s'adressent pour redresser l'organe et le maintenir à une opération sanglante.

Quand il s'agit de rétro-déviations adhérentes, le *pessaire* ne saurait être employé. Les dangers de la réduction, par les procédés ordinaires, la contre-indiquent ; les lésions annexielles concomitantes, sont aussi une contre-indication. Le pessaire peut être dangereux, par la pression exercée au niveau des annexes prolapsées ou enflammées. Ici donc, l'indication est nette.

Les opérations sanglantes, que l'on a imaginées contre la rétroversion sont en nombre prodigieux. On s'est attaqué à l'affection, en agissant, tantôt sur l'utérus lui-même, tantôt sur l'utérus par l'intermédiaire de ses ligaments. Dans le premier groupe, se rangent les *pexies*, que l'on peut effectuer par deux voies différentes : la voie abdominale, la voie vaginale, avec fixation soit à l'abdomen, soit au vagin, soit à la vessie. Dans le second groupe rentrent les opérations ligamentaires : raccourcissement, fixation effectués par voie vaginale ou par voie sus-pubienne.

Les échecs obtenus par les différentes méthodes sus-mentionnées, ont conduit les chirurgiens à rechercher

si la fixation directe de l'utérus ne serait pas suivie de meilleurs résultats. L'hystéropexie semblait, *a priori*, la méthode la plus rationnelle. Au lieu d'opposer un obstacle indirect à la chute de l'utérus, elle devait remplacer avantageusement les moyens de contention naturels, devenus insuffisants et provoquer des adhérences solides et durables.

En 1859, Marion Sims, voulant remédier à une rétro-déviatiou, fit construire un instrument spécial en forme de canule, destiné à être introduit dans la cavité utérine et à traverser le fond de l'organe et la paroi abdominale, pour y passer ensuite un fil d'argent avec lequel l'utérus devait être fixé à cette paroi. Mais, l'instrument introduit jusqu'au fond de l'organe, au moment d'attaquer le tissu utérin, il n'osa pas aller plus avant, et l'opération resta inachevée.

Cette idée de fixer l'utérus, sans ouverture préalable du péritoine, fut reprise en 1882 par Carrera : Son opération consistait à diviser les tissus jusqu'au péritoine exclusivement.

Gaillard Thomas, d'après Krug se serait proposé le même but, en perforant les parois de l'utérus à l'aide d'une aiguille à tricoter, et en laissant l'instrument à demeure jusqu'à formation d'adhérences solides. Assaky, de Bucharest, fut certainement un des plus ardents partisans de l'hystéropexie extra-péritonéale : mais il ne l'employe guère que pour remédier à des prolapsus.

Kelly pratiqua le premier une opération du même genre pour traiter des rétro-déviations mobiles. En

octobre 1889 (1), il en publia trois observations : mais les résultats ne furent pas brillants et le succès ne s'affirma pas. N'incisant plus la paroi jusqu'au péritoine, et jugeant inutile de procéder ainsi, il fit construire une aiguille spéciale destinée à traverser toute l'épaisseur des parois de l'abdomen et de l'utérus.

Nous sommes donc en présence de deux méthodes distinctes, dont Carrera et Kelly furent les promoteurs. L'une, après section de la paroi abdominale, ménage le péritoine pour y suturer l'utérus. L'autre, sans débridement préalable, transfixe simplement la paroi abdominale. Cette dernière méthode de Kelly fut peu suivie. La première, par contre, eut beaucoup d'imitateurs : successivement Crespi, Kaltenbach, Vaton, Assaky, Krug et Czempin, y apportèrent maintes modifications,

Que penser de semblable intervention ? Le mot de Lucas-Championnière : « l'abdomen est une boîte à surprises » (2) est de nature à nous rendre circonspects. Quand il s'agit de déviations utérines, on ne saurait trop penser aux complications du côté du péritoine pelvien. La périmétrite si commune dans ces affections peut, dans certains cas, rester limitée ; mais dans d'autres, elle se généralise et comporte un pronostic particulier.

Aveugle et dangereuse : telle peut être en deux mots le jugement de cette méthode, qui n'a plus d'ailleurs qu'une valeur historique.

1. Kelly. *Am. Jour. of. obstétric.* oct. 1889.

2. Lucas-Championnière. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.* Janv. 1892.

L'hystéropexie abdominale, qui ouvre l'abdomen, explore le péritoine et les annexes à ciel découvert, pour être plus éclairée est-elle beaucoup plus sûre ? De date relativement récente a-t-elle fait néanmoins ses preuves ?

C'est Kœberlé qui le 27 mars 1869, chez une femme présentant des symptômes d'occlusion interne produite par une rétroversion utérine, conçut l'idée d'aller, après laparotomie, lever l'obstacle au cours des matières, redresser l'utérus et le fixer à la paroi abdominale pour l'empêcher de retomber en arrière.

Mais Kœberlé ne publia pas son observation *in extenso*. Un journal allemand (1) en donna seulement une courte analyse : l'opération passa inaperçue.

Sans avoir jamais eu connaissance de ces faits et sans savoir ce que avait fait Kœberlé, Marion Sims en 1875, exécuta la même opération et, ce n'est qu'à la suite de recherches dans la littérature qu'il s'aperçut que Kœberlé l'avait devancé de dix ans.

Ces deux opérateurs avaient conçu, chacun de leur côté, l'opération que Trélat baptisa sous le nom d'*hystéropexie*.

Kaltenbach, en 1876, Schrœder en 1878, Muller en 1879 l'employèrent contre des prolapsus. Lawson Tait fit deux fois en 1880, l'opération pour des réflexions marquées, et en 1881 Kennig signale aussi un cas ainsi traité.

A partir de 1883, Klotz, en Allemagne, se fait l'apô-

1, *Centr. f. medic. Wissensch.*, juin 1869.

tre de l'hystéropexie : Mais ayant eu trois insuccès, il eut alors l'idée de placer derrière l'utérus, jusque dans la cavité de Douglas, un drain destiné à évacuer les liquides, à avertir en cas d'hémorrhagie et à soutenir l'utérus. Depuis cette époque (1885) Schauta, Bardenhauer, Zweifel, Czerny, Léopold de Dresde, se mettent à pratiquer l'hystéropexie; en Amérique, Kelly, Gailard Thomas, W. Polck, C. Lée, Coe, Bolat, Mundé, G. Wylie, Wendt sont ses promoteurs. Olshausen (1) la présente sous une forme systématique au 59^e Congrès des Naturalistes allemands (20 septembre 1886).

En 1887, le Dr Fraipont fait connaître le procédé du professeur von Winiwarter (Belgique). Ce n'est qu'en 1888, le 13 mars, que la première hystéropexie fut pratiquée en France par M. Terrier. Le 17 octobre, de la même année, M. Pozzi, communiquait à la Société de Chirurgie un cas de M. Picqué, communication qui amena celles de MM. Luca-Champonnière et Rou-tier.

Jusqu'en 1890, l'hystéropexie pour rétrodéviatiou n'avait été pratiquée que pour la variété adhérente de ces déplacements. C'est M. Segond qui la pratiqua le premier en France pour un cas de rétroflexion s'accompagnant de douleurs.

Depuis, l'hystéropexie a joui d'une grande faveur auprès des chirurgiens : ses manières franchement chirurgicales étaient pour leur plaisir. Mais, a-t-elle pleinement satisfait tous les *desiderata*? a-t-elle

1. Olshausen. *Centralbl. fur. Gyn.* 1886,

comblé les espérances que l'on fondait sur elle ? A-t-elle guéri et cela sans complications ultérieures ?

Les adhérences utéro-pariétales, qui unissent la face antérieure de l'utérus à la paroi abdominale et qui ont pour effet de maintenir l'organe dans une position voisine de celle qu'il doit occuper normalement, sont susceptibles, à la longue, de s'étirer, de s'allonger et même quelquefois de se rompre : l'utérus alors redevient flottant, puis retourne à sa position première c'est-à-dire en rétro-déviation. On a vu des récidives plus rapides encore et la malade n'éprouver aucun soulagement de l'opération (1), soit que la bride de suspension se soit rapidement rompue, soit que les adhérences anciennes, insuffisamment détruites aient ramené peu à peu l'utérus à position première (2).

En 1895, au congrès de gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie, Jacobs de Bruxelles, signala un autre danger de ces adhérences : la possibilité de l'étranglement de l'intestin ou de l'épiploon. On en trouve pas mal d'exemples dans la littérature.

Dernièrement, M. P. Segond, à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de Pédiatrie de Paris, en sa séance du 31 mars 1899 présentait un utérus hystéropexié, depuis plus de six ans et enlevé par hystérotomie abdominale. Une série de brides fibreuses, « im-

1. Swieciky, *Nowiny lekarski* 1891, n° 9, in *Rép. univ. de gyn. et Obst.* 1892.

2. Veit (*Zeitsch. f. geb. und gyn.*, 1890). Peter Muller (*gynækologis. Section der 65 Naturforscherversammlung*, 1889). Gussow (*Soc. d'obs. et de gyn. de Berlin*, nov. 1889).

plantées sur sa face antérieure à la manière des dents d'un peigne » maintenait l'organe en bonne position, et fournissait un prétexte à étranglement intestinal. Très intéressante à plus d'un titre cette observation mérite d'être citée.

« J'ai enlevé cet utérus par hystérectomie abdominale le 11 janvier dernier à la Clinique Baudelocque, chez une femme à laquelle j'avais pratiqué une hystéropexie abdominale pour prolapsus utérin, le 4 mai 1892. Les suites de cette opération furent normales, et pendant 2 ans les douleurs cessèrent complètement. Mais en 1894 les sensations de pesanteur, des douleurs vagues dans le bas ventre se firent de nouveau sentir. A deux reprises différentes, en 1894 et en 1896, la malade dut faire un séjour de quelques semaines à la clinique Baudelocque. On l'y traita par le repos, les bains et le massage. L'utérus demeurait parfaitement fixé à la paroi abdominale, mais il avait paru que le rein droit, déjà ectopié, était devenu plus mobile ; aussi conseilla-t-on le port d'une ceinture abdominale (sans pelote).

Le 25 octobre 1898, la malade revenait à Baudelocque amené par des phénomènes nouveaux. Depuis quelque temps, elle était sujette à des alternatives de diarrhée et de constipation, avec prédominance très accusée de celle-ci. Cette constipation s'accompagnait de météorisme, de douleurs abdominales vives, d'un peu d'élévation thermique, et, bien qu'il n'y eut jamais de vomissements, l'ensemble symptomatique était bien celui de l'obstruction. Mon ami Baudron, qui examina la malade à son entrée à Baudelocque, constata que

l'utérus demeurait élevé, mais qu'il n'était plus aussi étroitement fixé à la paroi abdominale. Il avait une certaine mobilité, évidemment due à l'étirement de ses adhérences; en tous cas, il existait entre l'utérus et la paroi abdominale, un espace plus ou moins cloisonné par les adhérences, mais accessible aux anses intestinales, et M. Baudron pensa que les phénomènes d'occlusion incomplets, présentés par la patiente, étaient dus à l'étranglement de l'intestin dans cet espace.

J'examinai à mon tour la malade et le diagnostic me parut très rationnel....

A l'ouverture du ventre, l'utérus apparaît, amarré à la paroi par 8 tractus, vestiges des 4 fils de soie à l'aide desquels j'avais fixé la matrice en 1892, fils dont nous n'avons pas retrouvé de traces. Chacun de ces cordons mesurait environ deux centimètres de largeur: ils étaient les seuls moyens de soutien de l'utérus et, dans leur ensemble, formaient une sorte de treillage dont les mailles étaient très bien disposées pour se prêter à un étranglement interne » (1).

La reproduction étant la principale fonction de la femme, il importe de savoir, dans quelle posture elle se trouvera, à ce point de vue, après l'opération. Avec le Dr Lucien (2), nous ne voyons que trois hypothèses possibles pour expliquer l'évolution régulière d'une grossesse dans un utérus ainsi fixé à la paroi :

1. *In comptes-rendus de la Soc. d'Obs. de gyn. et de Péd.*
Mars 1899.

2. Lucien. Thèse de Nancy, 1896.

« a). — Ou bien, il faut que ces adhérences s'étirent, se rompent et finalement disparaissent, au risque de voir se reproduire après l'accouchement l'affection qui a nécessité l'intervention ;

b). — Ou bien que ces mêmes adhérences subissent des modifications susceptibles de laisser à l'utérus sa libre expansion ;

c). — Ou bien enfin que les parois non fixées de l'utérus fournissent l'étoffe nécessaire au développement complet. »

De la première hypothèse, il n'y a rien à dire : tout est à recommencer, l'opérée n'a retiré aucun bénéfice de l'intervention. La troisième, semble donner une explication des ruptures utérines si fréquentes que l'on a observées chez les hystéropexiés. L'utérus, en effet, ne saurait impunément supporter aux dépens d'une de ses faces, une distension exagérée à laquelle participe normalement la totalité du corps utérin.

Reste la seconde, qui pour être gratuite, peut néanmoins rendre compte des cas heureux où la grossesse normale a évolué à terme.

La possibilité de la grossesse et de l'accouchement réguliers, ne saurait être niée, chez de telles opérées. Dès l'année 1890, M. Routier, publiait, une observation de grossesse régulière terminée par un accouchement normal après ventro-fixation.

Mais, il est établi qu'il est loin d'en être toujours ainsi. Sans aller aussi loin que Kustner (1) qui déclare

1. Kustner. *Congrès de Friburg en Brisgau, juillet 1889.* .

« qu'une grossesse étant acquise, l'avortement est inévitable », nous sommes forcés de reconnaître du moins que c'est un accident fréquent. Les adhérences utéro-pariétales peuvent très bien, en s'allongeant, et elles sont susceptibles de le faire, permettre à la grossesse d'aller à terme. Toutefois « on comprend que cet allongement ait des limites ; on comprend surtout que dans certaines circonstances, il ne puisse suffire et que plus ou moins tôt, se produise, soit un avortement, soit un accouchement prématuré » (1). « Dans un cas qui m'est personnel, écrit le professeur Gaulard, l'avortement se fit deux fois coup sur coup. Après ces deux avortements, je rompis sous le chloroforme les liens de fixation : la malade conçut et porta sa grossesse à terme » (2). Voilà qui est démonstratif.

Ce n'est pas tout. La grossesse tant bien que mal a évolué à terme, il importe de connaître encore dans quelles conditions va s'effectuer l'accouchement.

Ici, surgissent de grands inconvénients. En 1895, Goubareff publiait dans les *Archives de Tocologie*, l'observation d'une femme ayant subi l'hystéropexie et devenue enceinte consécutivement : une opération césarienne avait été nécessaire pour délivrer cette femme. Sur trois grossesses observées par Poltowick après 20 ventro-fixations, une s'est terminée dans des conditions analogues (3). Faut-il rappeler les cas d'Abel

1. Rivière cité par Léon. *Thèse de Lyon*, 1894.

2. Lamort. *Thèse de Bordeaux*, 1894.

3. Delagénère. *Chirurgie de l'utérus*, p. 79.

qui, dans les mêmes circonstances, dut pratiquer l'opération de Porro (1) ; de von Guérard (2) plus instructif encore, puisque l'hémorrhagie qui nécessita la laparotomie, cessa dès la destruction des adhérences utéro-pariétales.

« J'ai vu, écrit M. Doléris (3), plusieurs cas de grossesse pénible ; j'ai observé récemment un cas de grossesse chez une hystéropexiée, où la pénétration de la tête fœtale dans le bassin au moment de l'accouchement, a été très retardée et rendue difficile par le défaut d'abaissement et d'extension du segment cervical sus-vaginal de l'utérus adhérent à la paroi abdominale. Dans ce fait, l'utérus avait été fixé par la portion moyenne de sa face antérieure.

« J'ai récemment observé enfin, à la Maternité de l'hôpital Boucicaut, une femme dont le fond de l'utérus avait été très solidement fixé à la région sus-pubienne de l'abdomen qui, après l'accouchement, a présenté une rétention persistante des sécrétions lochiales, avec fièvre et infection due à la flexion absolue avec atrésie mécanique de l'orifice interne du col utérin ».

Le même genre de dystocie est encore observé par Strassmann (4), chez une femme à laquelle Dührssen, avait fait une ventro-fixation. Absence d'engagement, lenteur du travail ayant nécessité l'extraction au for-

1. *Bulletin médical*, 1896.

2. *Centralblatt für Gynæk*, 1896.

3. *Journal de médecine*, 1898.

4. P. Strassmann. *Archiv. für Gynæk*.. f. 3, 1896.

ceps, enfin l'hémorrhagie de la délivrance due à ce que, comme chez les femmes qui ont la vessie pleine, l'utérus était maintenue élevé (l'utérus descendu à l'aide d'un bandage serré, l'hémorrhagie cessa): tels sont les accidents qui sont imputables à l'opération.

Sur 54 cas, Mitlander (1) a noté 11 fois qu'une intervention a été nécessaire: 4 forceps, 2 césariennes, 4 versions et une extraction.

La statistique de Ch. Noble, chirurgien en chef de l'hôpital Rensington à Philadelphie, publiée dans l'*American Journal of obstetrics*, est plus instructive encore. Sur 231 cas de grossesse survenue après hystéropexie 177 sont arrivées à terme. Comme accidents imputables à l'intervention, cet auteur relève 23 avortements, 7 accouchements prématurés, 15 délivrances artificielles, 5 versions, 10 opérations de Porro, 3 opérations césariennes, 2 rétentions de placenta.

M. Legueu n'a pas observé qu'aucune de ses malades fut gênée sérieusement pendant la grossesse, du fait même de la fixation de l'utérus. Mais, en ce qui concerne l'accrochement, les résultats sont différents.

Sur deux de ses malades, les seules dont il ait pu avoir des renseignements, il a noté, d'une part, une présentation de l'épaule ayant nécessité une version, chez une femme qui antérieurement avait eu 7 accouchements à terme, spontanément effectués par le sommet; d'autre part, un travail prolongé qui ne fut terminé que par l'application du forceps (2).

1. cité par Wertheim. *Centralb. fur. Gynæk.* 1896.

2. *Société d'Obs., de Gyn. et de Péd.*, séance du 12 janvier 1900,

Qu'il nous soit permis en terminant cette question de l'hystéropexie et de ses suites, de citer les paroles de M. Richelot à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, en sa séance du 12 janvier 1900. « S'en suit-il, qu'en opérant bien, dit-il, en usant du meilleur procédé connu, on soit à l'abri de tout mécompte et puis-je vous dire que j'ai dans l'hystéropexie abdominale une confiance absolue ? Non, je ne le puis pas ; de toute façon la position de l'utérus est anormale et nous ne sommes pas dans des conditions tout à fait rassurantes ».

Il est difficile, on le voit, de se faire une opinion exacte sur les rapports de l'hystéropexie abdominale avec la grossesse. Sans être aussi exclusif que Jacobs (1) qui déclare que, « c'est une opération qui peut offrir des complications telles qu'elles doivent suffire pour la faire rejeter par tous les chirurgiens consciencieux », nous concluerons avec M. Doléris, en disant que cette opération « crée une anomalie ; qu'elle est antiphysiologique et bien qu'on se plaise peut-être à en exagérer les conséquences, elle doit être une opération de nécessité et non de choix » (2).

En 1886, une nouvelle opération venait au jour : l'hystéropexie vaginale pratiquée pour la première fois par von Rabeneau (3). Décollant la vessie de la face antérieure de l'utérus, par le vagin, il traçait sur la face antérieure de ce conduit une incision longitudinale de 4 centimètres, qu'une suture transformait en ligne transver-

1. Jacobs, *Congrès de Genève*, 1896.

2. Doléris *Congrès de Genève*, 1896.

3. Rabeneau, *Berl. Klin. Woch.* Mai 1886.

sale. Cette conduite fut imitée par Schmidt (1). En 1888, Sanger (2) indiquait un plan de fixation de l'utérus en avant : il ne le réalisa pas, mais 2 ans plus tard, Dührssen le proposait.

En même temps, Schücking (3) publie un nouveau mode opératoire. Après réduction de l'utérus, une aiguille courbe recouverte d'une sonde de Belloc est introduite jusqu'au fond du corps, et ne sort qu'à volonté. Par ce moyen une ligature est placée, traversant la paroi antérieure, cheminant entre le col et la vessie et venant se terminer à la paroi vaginale, en incurvant le corps utérin en avant. Pendant que l'aiguille perce l'utérus du côté droit, la vessie est attirée à gauche au moyen d'une sonde et inversement.

Un peu plus tard, Zweifel (4) imagina une opération qui se rapprochait beaucoup de celle de Schücking. Le cul-de-sac vaginal antérieur est ouvert transversalement au thermo-cautère, la vessie décollée partiellement avec le doigt. Une aiguille courte est introduite dans l'utérus, avec les précautions adoptées par Schücking : l'extrémité du fil fixée à une petite plaque de plomb, son chef antérieur est ramené à travers la paroi vaginale ; on tire sur le fil et le plomb s'enfonce dans l'utérus servant d'arrêt au fil qui dès lors bride la matrice et l'incurve en avant. Du côté du vagin, l'ex-

1. Schmidt. *Cent. f. Gynœk.* 1888.

2. Sanger. *Cent. f. Gynœk.* 1888, n° 3.

3. Schücking. *Eine neue Methode der Radicalheilung der Retroflexio uteri.* *Central f. Gy.* 1888 puis *Cent. f. G.* 1890.

4. Zweifel. *Centr. f. Gynœk.* 1890.

trémité du fil est solidement fixée à une autre petite plaque au moyen d'un grain de plomb perforé. Cette opération n'est pas sans impliquer certains risques et en 1892 Van Glaeser montrait, par des expériences sur le cadavre, qu'elle comportait de graves dangers et exposait à la blessure de la vessie et à la ligature des uretères.

En 1890, Dührssen (1) mettant à exécution les idées de Schucking sur la possibilité de fixer l'utérus au plancher vésico-vaginal, publie la technique d'une opération à laquelle il propose de donner le nom de vagino-fixation intra-péritonéale. Cette opération a un grand retentissement et de tous les côtés on la pratique avec enthousiasme. Bientôt Mackenrodt (2) lance son procédé : il fixe l'utérus à la vessie par l'intermédiaire du cul-de-sac vésico-utérin. M. Le Dentu et M. Pichévin y apportent alors leur modification et la vagino-fixation a droit de cité.

Nous devons alors nous poser cette question : cette opération est-elle supérieure à l'hystéropexie abdominale ; a-t-elle donné de meilleurs résultats au point de vue obstétrical ? Voici quelles sont les pièces du procès.

Pestalloza d'abord très enthousiaste de la vagino-fixation, est revenu dès 1894 sur ses premières appréciations en présence des résultats éloignés qu'elle donne : plusieurs fois l'affection s'est reproduite.

1. Dührssen. *Archiv. für. Gyn. Heft. 2.* 1890.

2. Mackenrodt. *Berliner Klinisch Wochenschrift* 1891.

Sur 197 opérées, Dührssen (1) compte 24 grossesses qui donnèrent 13 accouchements normaux ; sur les 11 autres il y eut 6 avortements ; pour les autres la grossesse continuait à évoluer au moment de l'examen. Cinq de ces femmes ont été enceintes une seconde fois, dont deux qui avaient avorté précédemment : l'une accoucha à terme. Trois des grossesses ont été suivies de récédive de la rétrodéviatiôn. Weberstedt (2) sur 24 grossesses, à la clinique de Gusserow, chez des malades opérées par le procédé de Dührssen accuse 6 avortements.

En 1895, un cas de mort par rupture de l'utérus est publié par Velde (4), chez une femme de 38 ans, ayant subi cette opération.

Strassmann (5), à son tour, relève les troubles suivants dans les cas de grossesse après vagino-fixation : 1° Douleurs au niveau de la cicatrice vaginale ; 6 cas ; 2° avorterrent ; 27 0/0 ; 3° douleurs vésicales, troubles de la miction. Enfin, dans deux cas, l'accouchement normal était impossible. Dans le premier la version dut être faite et la malade faillit succomber à une hémorrhagie consécutive. Dans le second, on dut recourir à l'opération de Porro ; le vagin se déchira et la malade mourut

1. Dührssen. *Archiv. f. Gyn.*, 1894.

2. Weberstedt. Cité par Pozzi in *Traité de Gyn.*, p. 535.

3. Pestalloza. *Congrès de Rome*, 1894.

4. Velde. *Gesellschaft der Charité æerixen in Bèrlin, Deustche méd. Zeit.*, 1895.

5. Strassmann. *Ges. f. Geburt und. Gynæk. zu Berlin*, 1895.

une heure 1/2 après l'opération, d'une hémorrhagie intra-péritonéale.

A ces deux cas malheureux, de Graefe (1) vient en ajouter un troisième : la version tentée pour une présentation transversale est impossible à pratiquer et l'opération césarienne est nécessaire.

En 1896, Wertheim (2) publie une observation, où, comme dans les cas de Strassmann et de Graefe la version rendue nécessaire se présente dans des conditions extraordinairement difficiles. La même année Rühl (3) fait paraître une statistique portant sur 235 vaginofixations dont 12 ont été suivies de grossesses : dans trois cas, la version fut indispensable et difficile, mais couronnée de succès ; dans deux autres la cicatrice vaginale fut incisée et l'accouchement se termina par craniotomie d'une part et mort de l'enfant d'autre part.

Tous ces faits sont très significatifs, et faciles à expliquer. En somme que se passe-t-il, en effet, au moment d'une grossesse dans un utérus fixé au vagin ? La cicatrice est tirillée par le développement de l'utérus, et des douleurs s'en suivent. Si la cicatrice ne cède pas, ou si l'utérus n'arrive pas à s'accroître suffisamment aux dépens de sa paroi postérieure, il y aura avortement. Dührssen indique d'ailleurs 25 0/0 d'avortements et Strassmann arrive au chiffre, de 27 0/0. Si la grossesse continue son cours, il y aura rupture des adhérences et récidive. Celle-ci est favorisée par la vessie

1. de Graefe. *Monatschrift. f. Geb. und Gyn.* vol. II n° 6.

2. Wertheim. *Centralb. für Gynæck.*, 1896.

3. Rühl. *Centralb. für. Gynæck.*, 1896.

qui s'insinue entre le vagin et l'utérus. Dührssen a observé cette récédive dans 25 0/0 des cas. Les adhérences résistant, la grossesse ira à terme et l'utérus se développe aux dépens de ses parois postérieures et latérales. La paroi antérieure participe alors peu à l'hypertrophie; cette partie de l'organe restera dans le bassin qu'elle remplit et le col sera dirigé en haut et en arrière. Strassmann a eu l'occasion d'en voir deux cas, qu'il public (*Arch. für Gynæck* t. 3 1896).

Il semble donc que les méfaits obstétricaux de la vagino-fixation soient encore plus graves que ceux de l'hystéropexie abdominale. Nous devons donc rechercher un procédé meilleur, au point de vue de la gravidité, un procédé susceptible de donner une grossesse heureuse, de maintenir l'utérus en utilisant ses moyens physiologiques de soutien.

C'est Alquié, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier qui conçut le premier, l'idée de remédier aux déplacements de l'utérus par le raccourcissement des ligaments ronds. Il présenta à l'Académie de Médecine le 17 novembre 1840, un mémoire sur la question mais les difficultés qui pourraient surgir dans la recherche des ligaments, d'une part, la hardiesse de l'intervention à cette époque, d'autre part, firent que l'opération proposée par Alquié ne fut pas pratiquée et son mémoire tomba presque dans l'oubli.

Bien plus, Deneffe (1), en 1864, voulant pratiquer l'opération pour un prolapsus utérin, ne trouva pas les

1. Deneffe. *Presse méd. belge.* sept. 1885.

ligaments ronds et eut un insuccès complet. Cette intervention fut de nouveau jugée difficile et dangereuse.

Alexander, de Liverpool, revint aux idées d'Alquié et pratiqua, le 1^{er} décembre 1881 le raccourcissement des ligaments ronds et obtint un succès complet (1).

Quelques mois plus tard, et sans connaître l'intervention d'Alexander, Adam de Glasgow publiait en juin 1882 (2) l'observation d'une femme chez laquelle, pour remédier à un ancien prolapsus, il tenta le raccourcissement des ligaments. Malheureusement, par suite de fortes adhérences au niveau du cul-de sac de Douglas, l'utérus ne put être réduit et l'opération échoua.

En 1814, parurent alors les statistiques d'Alexander et d'Adam. La première, celle d'Alexander, contenait 24 cas personnels et les observations de Campbell, Imlach, Burton, Lediard et Millet. Adam n'apportait que deux cas, d'ailleurs suivis de succès.

Un an après la publication de ces statistiques, M. le professeur Duplay exécutait le premier en France, l'opération d'Alquié-Alexander (3).

Depuis cette époque, dans les différents pays, en France, en Italie, en Allemagne, et spécialement en Amérique et en Angleterre, cette opération prit un rapide essor. Elle rencontra, comme toutes des méthodes, des partisans convaincus, de même que des détracteurs. En France, parmi les partisans nous pouvons citer MM. Duplay, Trélat, Dubois, Schwartz, Ter-

1. Alexander. *méd. Times and Gaz.* 1882.

2. Adam, *Glasgow med. Jour* 1882.

3. Durand-Fardel. *Gaz. méd.* Paris, 1885.

rillon ; enfin M. Delbet, lui consacre un article élogieux dans notre récent traité de Chirurgie.

Dans sa thèse documentée, M. le docteur Lucien (1) rapporte plusieurs observations de grossesses parvenues à terme et dans des conditions favorables après l'Alexander : 18 grossesses, 17 heureusement terminées, et encore, s'il y a un insuccès, ne doit-on pas se hâter de le mettre sur le compte de l'opération, l'excessive fatigue éprouvée par la malade qui fit un déménagement pouvant expliquer l'accident.

Rapprochons de ces résultats, ceux de Siegfried Stocker (2) (Lucerne) : sur 37 femmes ayant subi l'Alexander, 15 étaient célibataires, veuves, ou avaient dépassé la ménopause. Une femme est morte quelque temps après l'opération. Sur les opérées restantes, dix ont eu des grossesses, dont trois, deux fois. Une seule a fait un avortement de deux mois, les neuf autres ont accouché à terme, sept spontanément après un travail ayant duré de deux à vingt-deux heures. Deux fois, il y eut application de forceps ; dans un cas, il s'agissait d'un bassin généralement rétréci, dans l'autre la dilatation se faisait très lentement, sans particularité notable. Sur les 10 femmes, sept ont pu être examinées après l'accouchement : chez toutes l'utérus était maintenu en bonne position.

Les statistiques de M. Doléris (3) ne sont pas moins intéressantes et instructives.

1. Lucien. Thèse de Nancy, 1896.

2. Siegfried Stocker. *Centralbl. für Gyn.*, 1896.

3. Doléris. *La Gynéco.*, 1898.

Les avantages de cette opération sont incontestables. Tout d'abord elle est absolument bénigne. Si au début, on a pu avoir quelques cas de mort (Alexander en a signalé 3), il n'en est plus de même aujourd'hui. Il ne faut donc point s'occuper de ce qu'on avait signalé autrefois comme un accident redoutable : la possibilité de déchirer le péritoine, entraîné par les ligaments.

La recherche des ligaments ronds peut être parfois laborieuse, c'est exact : mais une recherche méthodique, en peu en haut, dans une région où leur éparpillement n'est pas commencé, triomphe assez facilement de cette difficulté.

Quelques chirurgiens ont cassé les ligaments après les avoir trouvés. Pour que ce cas se produise il faut que l'on ait affaire à un utérus complètement adhérent, car quand l'utérus est mobile, les ligaments viennent avec une extrême facilité, presque sans traction. Les ligaments sont d'ailleurs très résistants. M. Delbet (1) a mesuré cette résistance sur 10 ligaments (5 malades) immédiatement après les opérations : Le plus faible a supporté un poids de 2 kilogrammes. « Cette résistance montre que les ligaments sont, au point de vue mécanique, bien plus que suffisants pour maintenir l'utérus, et, en effet, l'opération est réellement efficace. »

Enfin, l'on a signalé la production de hernies inguinales après l'opération : la restauration minutieuse du canal inguinal permet de parer à cet accident.

Sont-ce là des motifs suffisants pour délaisser une

1. Delbet. *Traité de chirurgie*, tome VIII.

opération qui a fait ses preuves, n'a jamais entravé la grossesse, ni suscité de complications pendant le travail ! Les plus grands succès seront obtenus dans les cas simples.

Si donc, une première séance de manipulations, sous l'anesthésie nous a permis de constater la mobilité de l'utérus, si des manœuvres lentes et modérées ont pu effectuer la réduction du globe utérin, nous nous en tiendrons à l'Alexander. C'est là en effet, qu'il a fourni ses plus beaux succès et même il ne saurait être question de laparotomie dans ce cas, où une opération si simple a justifié pleinement la confiance que des opérateurs autorisés lui avaient accordée. Ici, l'utérus a plus de liberté que dans les différentes pexies, et il recouvre sa position physiologique, maintenue par ses moyens physiologiques.

« Je conclus comme plusieurs de mes collègues, dit Térillon (1) que l'opération d'Alexander est une bonne opération dans les cas simples ; qu'elle est mauvaise s'il y a de la métrite, ou adhérences, si la réduction est difficile ».

Les rétro-déviation deviennent rapidement adhérentes. L'Alexander n'est alors plus de mise. Les tentatives de redressement demeurent sans résultats ; bien plus, pour peu qu'elles soient violentes et prolongées, elles deviennent dangereuses puisqu'elles peuvent réveiller, ou tout au moins exagérer le processus inflammatoire. Dans de tels cas, il ne faut pas s'attarder

1. Térillon. *Semaine méd.*, 1888.

à discuter les indications de la laparotomie. L'ouverture du ventre permettra de constater la nature et l'étendue des lésions, de traiter les annexes si besoin en est, de rompre enfin les adhérences qui s'opposent à la réduction de l'utérus Alexander (1).

1. Alexander. III^e *congrès international de gyn. et d'obst.*, Amsterdam, 1899.

CHAPITRE III

Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

S'il est démontré que l'hystéropexie expose réellement à l'avortement et crée la dystocie dans nombre de cas, nul doute qu'il soit préférable de la réserver aux femmes qui ne peuvent pas avoir de famille et de leur substituer chez les autres, une opération qui ne porte aucune atteinte à la gravidité, tout en maintenant la correction de la déviation.

Frappé des dangers que faisaient courir aux femmes les différentes opérations radicales proposées pour combattre les rétrodéviations, M. Doléris, depuis longtemps déjà, avait pensé à leur substituer un mode de traitement qui soit sans danger pour l'avenir.

Sans s'attarder à rechercher dans le pessaire qui, dans les cas de rétrodéviation simple, donne parfois d'assez bons résultats, l'unique moyen de remédier aux symptômes si pénibles des déviations utérines, il tourna ses regards d'un autre côté. C'est ainsi qu'il fut amené à pratiquer des opérations combinées (1). L'opération de Schröder, la colpo-périnéorrhaphie, associées ou non à

1. Doléris. *La gynécologie*, 1898.

l'opération d'Alexander, furent ses premières tentatives.

Mais, ces opérations, somme toute, agissaient à la façon du pessaire ; elles n'avaient pas, il est vrai, le grand inconvénient que présente ce dernier, à savoir, d'exercer une compression sur les annexes malades, mais elles ne le satisfirent pas complètement.

C'est alors, qu'il tenta le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. Les bons résultats de l'Alexander, les grands succès donnés par cette opération, le poussèrent à rechercher un procédé qui pût servir dans tous les cas. La méthode à ciel ouvert, qui incise franchement le péritoine, explore la cavité pelvienne, achève le diagnostic, traite les adhérences et autres lésions d'abord inaperçues, en un mot, ne laisse rien au hasard, se présenta à lui : il se l'appropriâ, la fit sienne y apportant ses modifications ; ses études expérimentales sur la physiologie des ligaments ronds, études que nous avons le regret de n'avoir pu consulter, car elles sont inédites, lui fournirent des données précieuses, qu'il utilisa dans la pratique de son opération.

Néanmoins, ce n'est pas sans quelques tâtonnements qu'il arriva au procédé simple et rationnel que nous allons exposer. Les observations qui accompagnent ce travail en font foi : nous voyons M. Doléris, tantôt fixer avec le ligament rond dans l'angle inférieur de la plaie pariétale le pédicule d'annexes enlevées ; tantôt inclure les trompes avec les ligaments, tantôt, enfin, fixer l'utérus lui-même en même temps que les ligaments.

Gill Wylie, Ruggi, Bode et quelques autres chirurgiens avaient préconisé un procédé de raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds. Wylie, saisissant le ligament vers son milieu l'attirait vers la plaie abdominale, l'avivait à la face interne du pli formé par la traction et fixait les deux branches du pli au moyen de trois ligatures traversant le ligament et embrassant la plus grande épaisseur possible. Ruggi, simplifia ce procédé, en négligeant l'avivement préalable du ligament. Il traversait le ligament rond près de l'anneau inguinal interne, arrêta le long chef du fil par un gros nœud, puis traversait de nouveau le ligament près de son insertion utérine : tirant sur le fil, la partie intermédiaire du ligament se replie, ses extrémités viennent au contact, et sont fixées par un surjet croisé.

Un autre procédé, enfin consiste à réunir aussi après avivement les deux ligaments en X au niveau de leur partie médiane.

M. Doléris, pratiqua également ces opérations, qui lui paraissaient plus rationnelles que les hystéropexies et plus éclairées que l'opération d'Alexander. Toutefois il se rendit bien vite compte, qu'avec cette méthode, on n'agissait pas sur la partie utile du ligament rond, mais bien sur sa partie étirée, sur sa partie faible. Aussi imagina-t-il son procédé. De cette façon il supprimait l'insertion fragile et affaiblie du ligament au trajet inguinal et au pubis pour la remplacer par une insertion solide à la symphyse pubienne et aux muscles droits. L'utérus, ainsi, ne sera plus maintenu par des ligaments dont l'insertion inguino-pubienne a subi des

tiraillements prolongés qui l'ont effilochée en quelque sorte, mais il sera attaché à un cordon raccourci, plein, solide, capable de le maintenir en antéversion normale sans lui faire perdre sa mobilité.

Le procédé a de plus ce mérite de ne point créer d'adhérences anormales entre l'utérus et la paroi abdominale.

Voici les détails de son exécution :

1^{er} ET 2^e TEMPS. — *Ouverture de l'abdomen. Reconnaissance et libération de l'utérus.* — La vessie étant vidée et l'asepsie usuelle bien assurée, faire sur la ligne médiane une incision de 8 centimètres qui descend jusqu'à la partie moyenne du pubis en bas, et l'approfondir couche par couche jusque dans la cavité abdominale et sur les parties fibreuses et tendineuses du pubis.

Pendant qu'un aide écarte fortement les lèvres de la plaie, et qu'un autre relève la masse intestinale, l'index et le médius droits sont portés vers le cul-de-sac de Douglas ; le fond de l'utérus est reconnu, et les adhérences qui le fixent au rectum et aux parties voisines sont détruites minutieusement soit par les doigts, soit par la section sanglante ou par le thermocautère, entre ligatures perdues.

L'utérus est alors saisi, au moyen d'une pince tire-balles, et amené vers la plaie abdominale. Les annexes sont explorées et traitées comme il convient.

3^e TEMPS. — *Reconnaissance et saisie des ligaments ronds.* — Les ligaments ronds ne sont pas toujours facilement reconnus. A leur origine leurs fibres sont éparpil-

lées, et ne constituent un cordon appréciable que dans leur partie moyenne. C'est donc en cet endroit qu'il convient d'aller les rechercher.

Ceux-ci reconnus, ils sont saisis à 4 ou 5 centimètres de leur origine sur un fort fil de soie, passé au-dessous de chacun d'eux, au moyen d'une aiguille courbe. A l'aide de l'anse de ce fil ainsi disposé, ils sont attirés au dehors de l'abdomen, et amenés entre les lèvres de la plaie et dans l'angle inférieur de cette dernière. Leur portion externe qui a été tirillée et effilochée consécutivement ou antérieurement à la position vicieuse, se trouve tout naturellement raccourcie : on peut, s'il est besoin, la raccourcir davantage par section et résection d'une plus ou moins grande longueur.

4^e TEMPS. — *Fixation des ligaments ronds dans l'angle inférieur de la plaie. Fermeture de l'abdomen.* — Qu'ils soient ou non sectionnés les ligaments ronds sont fixés dans l'angle inférieur de la plaie, aux tissus fibreux pré-pubiens, dépendant des portions tendineuses des pyramidaux et des droits de l'abdomen, d'une part, au péritoine et aux couches musculaires et aponévrotiques découvertes par l'ouverture de l'abdomen, d'autre part, ainsi qu'il suit. Après avoir placé deux ou trois catguts à travers les ligaments ronds et les parties fibreuses pré-pubiennes, on procède à la suture du péritoine, en commençant par la partie sous-ombilicale de l'incision. Arrivé aux ligaments ronds, faisant saillie hors de l'abdomen, on les comprend dans la suture du péritoine. On procède de même pour la suture des muscles et des aponévroses. De

cette façon on a substitué à l'insertion inguino-pubienne des ligaments ronds, devenue insuffisante par les tiraillements prolongés qu'elle a subis, une insertion solide, capable de maintenir l'utérus en bonne position. La suture aux tissus fibreux des pubis assure la solidité de cette inclusion.

Les suites opératoires sont celles de toute laparotomie.

L'utérus se trouve ainsi fixé dans sa position naturelle, position voulue et constatée par le chirurgien, sans que son tissu n'ait eu à souffrir d'aucune façon. Son développement ne sera gêné par aucune adhérence défectueuse; il se trouve en somme dans les meilleures conditions physiologiques, et reste maintenu par ses liens anatomiques.

Par les observations qui vont suivre, on pourra constater les résultats obtenus au point de vue de l'affection. Quant au pronostic que comporte la grossesse et l'accouchement après une telle opération, l'opération étant trop jeune pour avoir fait ses preuves, et nos observations ne comptant que deux cas de grossesses qui d'ailleurs évoluent normalement, nous ne pouvons l'établir que par analogie. Nous savons que l'Alex ander est bon pour l'avenir génital de la femme, ceci est démontré par plusieurs années d'expérience; aussi pouvons-nous affirmer *a priori* et pour les mêmes raisons que le raccourcissement par inclusion pariétale sera bon.

L'utérus ainsi ramené jouit et jouira d'une liberté de mouvement relative, mais suffisante pour assurer l'ac-

complissement régulier des fonctions qui lui sont dévolues. Que la grossesse survienne, les ligaments ronds s'allongeront tout en s'hypertrophiant, permettront l'ascension de la matrice ; l'accouchement ne sera troublé en rien. Pour l'Alexander les faits l'ont démontré. C'est le même principe. Le trait d'union musculaire extensible, élastique, représenté par les ligaments ronds est conservé (1).

M. Doléris pose ainsi les indications de son opération.

Les lésions dominantes dans la rétrodéviation sont la métrite, l'annexite et les lacérations périnéales. Que l'on traite et que l'on guérisse ces lésions, la rétrodéviation disparaîtrait suivant nombre de chirurgiens : les échecs de cette méthode l'ont fait tomber en discrédit.

Mais toutefois, si en certains cas, il est nécessaire d'opérer les lésions chroniques du col, pourquoi ne pas compléter l'acte opératoire par une bonne fixation de l'utérus ? Les lésions annexielles doivent être traitées d'une façon radicale ou conservatrice. Si radicale, il n'y a pas à s'occuper de la direction d'un utérus qui va s'atrophier et mourir. Si conservatrice pourquoi négliger encore ici de rendre à la matrice sa position normale ? Enfin les lacérations périnéales veulent également être réparées, et l'application d'un pessaire ne devient possible qu'à cette condition. N'est-il pas en-

1. Doléris. *Comptes-rendus de la Soc. d'obst. de gyn. et de péd.* de Paris, 1900.

core logique, dans cette troisième occurrence, de ne pas s'en tenir à une opération plastique sur le périnée, mais plutôt d'assurer la statique utérine par une bonne fixation de l'utérus qui supprime l'emploi d'un pessaire ?

« Le thème fort simple auquel je m'attache est donc celui-ci, dit M. Doléris (1) : puisque dans un bon nombre de cas, personne ne proteste contre la nécessité d'un acte chirurgical, pourquoi le restreindre à un objectif unique alors qu'une opération fixatrice complémentaire, permet d'en terminer avec toutes les lésions, et de supprimer la totalité des troubles ressentis ? »

1. Doléris, *loco citato*.

OBSERVATIONS (1).

OBSERVATION I

Rétroversion. Annexite double. Hystéropexie directe. Inclusion des trompes et des ligaments ronds dans l'angle inférieur de la plaie. Opérée le 31 janvier 1889.

L... 24 ans. Femme de très petite taille à bassin rétréci, primipare. Elle a subi une application de forceps en 1887. A la suite de sa grossesse, l'utérus est en subinvolution. Des complications inflammatoires surgissent : la malade est contrainte à un séjour de sept mois à l'hôpital.

Symptômes. — Cette femme est dans l'incapacité de travailler, et ressent de vives douleurs lombaires et abdominales. Elle présente d'ailleurs un certain degré d'amaigrissement.

Diagnostic. — L'utérus est en rétroflexion réductible ; annexite double adhérente.

Traitement. — Hystéropexie directe. Inclusion des trompes et des ligaments ronds dans l'angle inférieur de la plaie pariétale. L'inclusion des trompes a été faite en vue de stériliser la femme sans la priver de ses annexes.

Guérisson après l'opération. — En juillet 1892, elle fut réopérée pour une invention infundibuliforme causée sans doute par la traction utérine. Au cours de la nouvelle laparotomie, on trouve un pédicule pariéto-utérin allongé, très mince. On pratique une colpo-périnéoplastie.

1. Nous devons ces observations à l'obligeance de M. Doléris,

OBSERVATION II

Rétroversion. Annexite double. Castration double. Raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds par pelotonnement. Opérée le 26 mars 1891.

G... 8, rue Monge, 42 ans. Multipare. Elle contracta après son mariage une métro-annexite.

Elle présente actuellement une leucorrhée marquée et se plaint de douleurs abdominales persistant depuis 3 ans, et de troubles dyspeptiques. La malade est névropathe.

Le diagnostic de rétroversion, avec ophoro-salpingite est posé.

Le 21 mars on tente la dilatation, mais elle échoue par l'intolérance de la malade.

Le 26 mars on fait par la laparotomie, une castration double et le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds par pelotonnement, avivement et réunion.

La malade guérit de son opération.

OBSERVATION III

Rétroversion chronique. Ovariectomie double avec fixation des pédicules et des ligaments ronds dans l'angle inférieur de la plaie. Opérée le 5 mai 1891.

L... 28 ans (adressée par le Dr de Lostalo) est mariée et a fait une fausse couche il y a six ans. Consécutivement, elle accuse des douleurs abdominales et des métrorrhagies. La malade est névropathe.

L'ovaire droit est kystique et adhérent; à gauche on constate une collection suppurée tubo-ovarique,

Le 3 mai, on pratique une salpingo-ovariotomie double. Les pélicules et les ligaments ronds sont fixés dans l'angle inférieur de la plaie, pendant que les fils pénètrent le tissu utérin.

Après l'opération, la malade est guérie de sa rétrodévi-
tion. L'état général est amélioré, bien qu'il persiste encore
un certain degré de névropathie. Plusieurs années après, elle
a été revue et a été trouvée en bon état. Des renseignements
tout récents confirment la guérison.

OBSERVATION IV

Multiparo. Ovaro-salpingite droite. Rétroversion. Castration
et raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds
le 22 mai 1891.

B... 35 ans, a eu deux grossesses. Au cours de la première
s'est produit un accident qui la force à garder le lit pendant
deux mois, jusqu'à l'accouchement.

Six mois après, une métrite se déclare : une cautérisation
est faite par M. le Dr Michaux. En 1882, elle eut une perte de
sang abondante.

Depuis trois ans, elle ressent des douleurs dans la fosse
iliaque droite, et un sentiment de pesanteur à l'anus. En
décembre dernier tous ces symptômes s'aggravent.

Lorsqu'elle vint consulter, la pesanteur à l'anus était into-
lérable. Elle se plaignait en outre de douleurs de reins : l'ap-
pétit était perdu, le dépérissement s'accroissait.

On constata que le col était allongé dans sa portion moyenne
et dans sa portion vaginale, et que l'utérus était en rétro-
version. Il y avait aussi, de l'ovario-salpingite à droite, avec
quelques adhérences.

Le 22 mai. — Une laparotomie est pratiquée, par laquelle

on enlève les annexes, et l'on raccourcit les ligaments ronds.

A la suite de l'opération, la guérison est incomplète d'abord; mais définitive après quelques mois.

En novembre 1891, la malade a encore quelques douleurs dans la fosse iliaque droite; son utérus est gros, fibreux, avec un corps spacieux (hauteur 8 cm.). Dans le décubitus dorsal, la matrice se trouve légèrement rétroversée, mais nullement dans la station verticale.

En 1895 la malade est en très bonne santé.

OBSERVATION V

Rétroversion adhérente. Annexite double. Castration. Fixation des pédicules et des ligaments ronds dans la plaie abdominale. Périnéoraphie le 19 juin 1891.

A... de Saint Omer, adressée par le Dr Luc eut une grossesse, il y a huit mois, accoucha à terme. Le travail dura trois jours. La malade eut une déchirure du périnée et présenta les signes d'une infection *post partum*. Au bout de six semaines seulement, elle se leva. Pas de fausse couche ultérieure.

Quand elle vint consulter, elle avait des pertes blanches, qui étaient apparues il y a deux ans. Depuis un an, elle ressent de la pesanteur au fondement, et des douleurs dans les cuisses de temps à autre rendant la marche très difficile. La malade est névropathe.

A l'examen on constate de la colpocèle, du prolapsus, et une rétroversion non réductible, et une double salpingo-ovarite.

Le 18 juin. — On pratique, par laparotomie, l'ablation des ovaires polykystiques et des trompes. L'utérus, par son

fond et sa face postérieure est directement adhérent au Douglas, probablement à la suite d'une hématocele ancienne. Il est libéré; et les pédicules et les ligaments ronds sont fixés dans la plaie. On fait en outre une périnéoraphie.

La guérison est complète après l'opération. Quelques mois plus tard, la malade est revue : la déviation utérine, la nervosité et les douleurs annexielles ont disparues.

En 1895 l'état de la malade est très bon : un peu d'obésité.

OBSERVATION VI

Cervicite kystique chronique. Colpocèle antérieure et postérieure. Utérus myomateux volumineux et rétrodévié. Castration. Raccourcissement des ligaments ronds par inclusion pariétale. Opérée le 12 décembre 1892.

F., 42 ans, multipare, alcoolique et névropathe, présente une leucorrhée abondante et alternativement des ménorrhagies et de l'aménorrhée. Au moment des règles des douleurs vives se font sentir. La malade est incapable de travailler et tombe dans des crises nerveuses.

L'examen révèle une cervicite kystique chronique et une colpocèle antérieure et postérieure. L'utérus myomateux et volumineux est en rétro-déviation.

Le 12 décembre. -- Après curetage de l'utérus, opération de Schröder, et colpo-périnéoraphie, on fait une laparotomie pour castration, en vue d'arrêter la myomatose. On constate alors un varicocèle méso-ovarique énorme du ligament large gauche, et un kyste du péritoine au niveau de l'incision abdominale; à droite un kyste paraovarique et des microkystes de l'ovaire de ce côté, paraissant provenir de corps jaunes apoplectiques.

Après salpingo-ovariotomie, les ligaments ronds avivés, sont inclus dans la plaie abdominale.

Guérison après l'opération.

OBSERVATION VII

Cervicite. Rétro-version. Annexite droite. Curettage. Schroeder. Raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds. Inclusion pariétale. Opérée le 26 janvier 1898.

L... Sidonie, femme L... de Bettancourt (Oise) âgée de 30 ans présente de bons antécédents héréditaires et personnels. Depuis l'âge de 13 ans, époque où elles apparurent, ses règles ont été régulières, indolores et d'une durée moyenne de 5 jours. A 19 ans, elle se marie. A 20 ans première grossesse, grossesse gémellaire, accouchement à terme, facile et sans suites de couches anormales. A 27 ans deuxième grossesse, avec accouchement à terme et normal. Des trois enfants, un seul est vivant. Les deux autres sont morts, le premier, un des jumeaux, à la suite de brûlures, le second de bronchite à l'âge de 8 mois. Pas de fausse couche.

Au mois de mai dernier, la malade commence à souffrir de l'estomac et à perdre ses forces. Un médecin consulté sur ces maux d'estomac, les rapporta à une maladie utérine, et envoya la malade à M. Doléris.

A cette époque, l'incapacité de travailler est complète depuis huit mois; les règles, sans éprouver d'avances ni de retards, sont parfois abondantes. La malade ressent de vives douleurs dans les reins et sur le rectum, il n'y a pas de constipation réelle, mais les selles sont difficiles, rubanées.

A l'examen, on trouve l'utérus, gros et en rétro-version complète. Le col, atteint de cervicite chronique est profondément lacéré à gauche,

Après curettage et opération de Schröder, les annexes du côté droit sont enlevées par laparotomie ; puis les ligaments ronds sont fixés dans la plaie abdominale.

Le 15 mars. — La malade guérie, un pessaire de Hodge est appliqué par précaution. Le 20 avril, la guérison s'étant confirmée, le pessaire est enlevé.

OBSERVATION VIII

Cervicite scléro-kystique. Rétro-déviati^on complète. Annexite droite. Curettage. Laparotomie. Ablation des annexes droites. Raccourcissement des ligaments ronds et inclusion pariétale. Opérée le 7 février 1898.

Elisa G..., domestique, âgé de 42 ans, est réglée régulièrement depuis l'âge de 12 ans. A 20 ans, elle eut un fils : ses couches furent normales, mais, à leur suite, elle ressentit des douleurs abdominales et perdit en blanc, ce qu'il faut mettre sur le compte d'une infection post-puerpérale.

En 1895. — Elle fut opérée en Amérique, par le Dr Coe qui fit l'opération de Schröder, et une colpopérinéoraphie suivie de l'application d'un pessaire, pour combattre la rétro-déviati^on persistante.

Actuellement, elle a des pertes blanches abondantes, et souffre de douleurs à la région lombo-sacrée, prédominantes à droite.

Des vomissements fréquents, une constipation opiniâtre, une incapacité absolue de travailler, complètent le tableau clinique fourni par la malade.

L'examen révèle, un utérus volumineux et douloureux avec un col gros, atteint de cervicite scléro-kystique.

La rétro-déviati^on est complète, et incomplètement réductible à l'hystéromètre. Les annexes droites sont malades.

Après curetage et laparotomie, les annexes droites sont excisées : de ce côté l'ovaire gros et scléreux, la trompe oblitérée présentaient des adhérences assez résistantes. A gauche, les annexes sont libérées ; et les ligaments ronds sont inclus dans l'angle inférieur de la plaie, suivant la méthode de M. Doléris.

Les suites opératoires sont bonnes. L'utérus conserve sa liberté et n'est pas appliqué immédiatement contre la paroi : Il est en antéversion légère. La malade se porte bien actuellement.

N. B. — L'opération pratiquée en 1895 par le Dr W. Coe, qui avait été jugée suffisante pour ramener l'utérus à sa position normale, causa une déception à cet égard. Il fallut réappliquer plus tard un pessaire. La rétrodéviatiou avait persisté malgré le port de ce pessaire.

OBSERVATION IX

IVpare. Subinvolution consécutive à l'expulsion d'un fœtus macéré, retenu mort dans l'utérus pendant deux mois environ. Rétrodéviatiou utérine. Colpocèle. Annexite double. Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. Salpingo-ovariotomie gauche. Opérée le 21 avril 1898.

D... Victorine, femme F... âgée de 35 ans, couturière, a encore ses parents : ils sont bien portants. Un de ses frères est en bonne santé ; deux sont morts : l'un à dix-huit mois avec des convulsions, l'autre à 19 ans, probablement de tuberculose pulmonaire.

Elle aurait eu la varicelle, en bas âge, de l'anémie vers 15 ans, et la fièvre typhoïde à 22 ans,

Réglée à 15 ans, assez irrégulièrement, ses menstrues sont très pâles. Elle se marie à 17 ans 1/2 et a eu un premier enfant à 19 ans. Le travail dure environ 10 heures et l'accouchement se termine spontanément. Consécutivement, la malade prétend avoir gardé le lit assez longtemps. Les premières fois qu'elle sort, elle ne peut marcher ni porter quoi que ce soit. Un médecin consulté lui ordonne de garder encore le lit pendant 20 jours et de se soutenir l'abdomen avec une serviette: après ce traitement la malade ne ressent plus rien.

A 22 ans, ^{gr}nouvel enfant: accouchement et suites de couches normaux. A 24 ans, troisième enfant. Au moment où commença la grossesse, elle allaitait encore le second enfant; jusqu'au quatrième mois elle continua d'allaiter et pendant cette période elle fut sujette à des vomissements et se plaignait de faiblesse dans les jambes. Elle n'avait pas eu son retour de couches. Quand elle eut cessé de nourrir parce qu'elle se voyait de nouveau enceinte, elle eut des pertes de sang continuelles pendant trois mois, assez abondantes au début, cessant ou diminuant beaucoup par le repos au lit, reparaissant aussitôt dans la station verticale. Le dernier mois les pertes cessèrent. L'accouchement se fit normalement à terme.

A 28 ans, quatrième grossesse: vers la fin du huitième mois, accouchement d'un fœtus macéré mort depuis deux mois. Aucune cause ne peut être trouvée par la malade pour expliquer cet accident. Depuis un an, la malade accuse des douleurs considérables dans la région lombo-sacrée, ne cessant pas dans le décubitus, et s'accroissant pendant la marche. Depuis pertes blanches. Six mois durant, elle n'a recours à aucun traitement. Enfin, en novembre dernier, un médecin consulté, lui fait des pansements avec des crayons et

des tampons, et applique un pessaire. Les pertes blanches disparaissent, mais les douleurs persistent. Elles se font sentir à la région lombaire, dans la fosse iliaque gauche, dans les cuisses avec prédominance à gauche, et dans l'aîne gauche. Dans l'exercice de son métier de couturière, elle souffre entre les deux épaules. Une légère amélioration a lieu fin janvier.

Vers la fin de décembre, un abcès se déclarait à la commissure postérieure de la vulve. Il s'ouvrit spontanément mais à sa suite, il laissa une cicatrice vicieuse.

Au milieu de février, les douleurs réapparaissent. Le même traitement que précédemment est suivi. En même temps la malade se plaint de gastralgie. Ne voyant pas survenir d'amélioration son médecin l'amène à M. Doléris.

Aujourd'hui, l'appétit est bon mais la digestion assez facile s'accompagne de pyrosis, de renvois acides ; une constipation opiniâtre nécessite l'emploi journalier de lavements. Les douleurs sont les mêmes que précédemment ; les pertes blanches sont peu abondantes. Les règles n'ont eu de retard qu'une fois ; les dernières remontent à la fin de mars.

Le 12 avril. — Un examen est pratiqué. En arrière de la vulve se montrent de très petits orifices aboutissant à un trajet sous-cutané. L'un deux, plus large, ayant de 4 à 5 centimètres, est situé immédiatement en arrière de la commissure postérieure dont il n'est séparé que par un petit point de muqueuse. Le trajet réunissant ces orifices ne donne issue à aucun liquide. Le col de l'utérus est près de la vulve, à 3 ou 4 centimètres seulement, regardant en haut et en avant, (la femme étant dans le décubitus dorsal). Il est d'ailleurs gros et dur. Le corps de l'utérus très renversé en arrière, est mobile et dévié à gauche.

Après réduction de la rétroversion, on sent à droite les an-

nées sous forme d'une masse peu sensible. A gauche, elles sont plus volumineuses, plus dures, plus douloureuses. Il existe en outre, un léger ectropion sur la lèvre postérieure du col, de la cystocèle et de la rectocèle très prononcée. Le cul-de-sac de Douglas adhère peut-être à l'utérus, car en soulevant l'utérus avec l'hystéromètre, on sent en même temps par le toucher rectal, que la paroi antérieure du rectum quitte légèrement le doigt amené à son contact. Toutefois on ne peut affirmer que cette adhérence soit directe, les adhérences annexielles pouvant donner le même résultat. Rien à signaler aux autres organes.

Le 21 avril. — La malade est laparotomisée. Le annexes droites sont trouvées légèrement adhérentes, et sont faciles à mobiliser et à amener dans la plaie abdominale. La trompe est à peu près saine, l'ovaire légèrement kystique. Des pointes de feu sont appliquées sur les follicules malades. A gauche, les annexes sont plus sérieusement atteintes: on en fait l'ablation. Les ligaments ronds sont amenés dans l'angle inférieure de la plaie abdominale où on la fixe par plusieurs points de suture.

Les suites opératoires sont excellentes. Le 17 mai, la malade est guérie et se lève. Son utérus est en bonne situation.

Les douleurs abdominales ont disparu.

OBSERVATION X

Utérus prolabé et rétrodévié. Cystocèle. Hydrosalpinx gauche. Laparotomie. Ablation des annexes gauches. Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. Opérée le 26 avril 1898.

S..., femme M..., culottière, âgée de 25 ans, a encore ses parents qui sont en bonne santé.

Réglée à 14 ans, régulièrement dès le début, elle devient anémique à 15 ans et eut des pertes blanches, peu abondantes et intermittentes. Elle se maria à 21 ans et accoucha à 28 ans d'un bel enfant. Tout se passa normalement. Le huitième jour après sa délivrance elle se leva et se remit travailler à la machine, le douzième jour. Ce fut elle qui nourrit son enfant.

Dans la suite, des pertes abondantes parurent, avec douleurs à la région lombaire, augmentées par la marche. Depuis son retour de couche, ses règles s'accompagnent de douleurs vives dans l'abdomen surtout à gauche. Les pertes blanches glaireuses, ne sont pas continuëles et surviennent surtout à la suite de fatigue.

Actuellement, les règles ne sont plus douloureuses, mais pendant leur durée, il y a expulsion de caillots. Pas de grossesse depuis le début de la maladie.

Lorsque l'on examine la malade debout, on sent, par le toucher, le col à trois centimètres de la vulve, sur la ligne médiane, avec irrégularités sur la lèvre postérieure. L'utérus est prolabé et rétroversé. Dans le décubitus dorsal, on constate que le périnée est complet et sans déchirure : le releveur de l'anus a conservé toute sa tonicité. Il existe également de la cystocèle s'accroissant encore après réduction de l'utérus. Pas de colpocèle postérieure.

Les efforts augmentent la rétro-déviatiôn. A gauche, les annexes sont malades. Après réduction de l'utérus, on les sent dures, grosses, irrégulières et sensibles.

Le pessaire est doublement contre indiqué : il serait inutile, douloureux et peut-être dangereux par la pression qu'il exercerait sur les annexes malades. Le curettage conseillé par un médecin, étant inutile, au double point de vue de la lésion des annexes et du prolapsus, une seule opération

peut permettre d'agir sur les deux lésions : la laparotomie, en permettant l'ablation des annexes malades et le raccourcissement des ligaments ronds.

Le 26 avril, elle est pratiquée : les annexes gauches sont enlevées et les ligaments ronds inclus dans la plaie pariétale. Il y avait d'ailleurs un hydrosalpinx à gauche avec adhérences.

Les suites opératoires sont assez bonnes. Un fil de la paroi, ayant donné lieu à de la suppuration, élève un peu la température, celle-ci tombe bientôt, et, le 31 mai, la malade est guérie. L'utérus est en bonne situation. Mais du côté gauche de l'abdomen, la palpation révèle un peu d'infiltration de la paroi qui est moins souple, plus résistante qu'à droite.

N. B. — Revue cette année, la malade est enceinte et sa grossesse évaluée normalement.

OBSERVATION XI

Utérus prolapsé et rétrodévié. Cervicite kystique. Annexite droite. Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds le 19 mai 1898, après le port prolongé d'un pessaire de Hodge.

B..., lingère, âgée de 26 ans, a perdu son père, âgé de 45 ans, mort après 10 ans de maladie consécutive à une pleurésie. Sa mère est vivante et en bonne santé. Sa sœur aînée a subi une opération gynécologique (curetage ?) ; sa seconde sœur aurait peut-être une affection cardiaque.

En bas âge, notre malade a eu la rougeole et la coqueluche. Elle est sujette aux maux de gorge sans avoir jamais eu ni bronchite ni maladie aiguë.

Réglée à 14 ans, ses règles sont abondantes, régulières, d'une durée moyenne de 5 jours et non douloureuses, jusqu'en 1895. Elle a ordinairement des pertes blanches, conti-

nuelles, abondantes ayant quelquefois une coloration fauve.

A 16 ans, elle dit avoir fait une chute à la suite de laquelle elle aurait souffert pendant plusieurs mois.

La malade est vierge.

Il y a deux ans la malade fit une chute : elle tomba en courant et son abdomen porta sur un trottoir. A la même époque, elle eut de grandes fatigues à supporter et quelques chagrins. Elle commença alors à souffrir de douleurs vagues dans l'abdomen au moment de ses époques. Les pertes blanches surviennent comme par le passé, sans augmentation ni changement de caractères.

Six mois après sa chute les douleurs subsistent plus ou moins vives surtout le matin, au moment de ses règles et surtout le premier jour. Les dernières sont encore à peu près régulières, avançant ou retardant d'un ou deux jours, et tout aussi abondantes.

Au mois de mars 1897. — Elle entre à la Pitié où on lui applique un pessaire. Pendant quelque temps elle est soulagée et garde l'appareil trois mois. Ses époques apparaissent quelque temps après. Huit jours plus tard, elle se sent encore fatiguée : on replace le pessaire qui reste à demeure 5 mois et apporte quelque soulagement.

En mars 1898. — M. Doléris retire le pessaire et comme la première fois, 8 jours après les premières règles qui suivent les douleurs réapparaissent.

La malade se plaint surtout de coliques, de douleurs lombaires, de rachialgie ; elle accuse en outre, des palpitations, des douleurs vagues dans les bras, les jambes. L'appétit et la digestion sont bons ; mais il y a une diarrhée constante.

L'examen révèle un utérus assez gros, abaissé, en rétroversion et latéro-déviation droite. Le col irrégulier paraît

porter plusieurs kystes sur chacune de ses lèvres : il est situé sous le pubis à 4 ou 5 centimètres de la vulve.

Le 19 mai 1898. — Une laparotomie est pratiquée. L'utérus est gros, sphérique et mollasse ; l'isthme est très étroit et mou. Les annexes sont saines. Les ligaments ronds sont raccourcis, par fixation de leur partie moyenne dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Les suites opératoires sont bonnes : le 16 juin la malade est guérie. L'utérus est en bonne position et on ne note aucune douleur dans la région.

Un mois après les règles apparaissent sans douleurs : l'utérus est resté en bonne position,

OBSERVATION XII

Rétroversion accentuée. Annexite droite. Laparotomie. Libération de trois adhérences de l'intestin à la paroi pelvienne et d'une adhérence de l'intestin à l'utérus. Fixation des ligaments ronds dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. Opérée le 25 juin 1898.

Amélie R... femme L... domestique âgée de 31 ans, a encore son père et sa mère. Son père est âgé de 55 ans ; il est rhumatisant depuis l'âge de 18 ans. Sa mère actuellement âgée de 55 ans est nerveuse et gastralgique depuis 15 ans. Deux sœurs : l'une âgée de 15 ans 1/2 a des palpitations, l'autre âgée de 13 ans est sujette aux bronchites.

A l'âge de 3 ans, la malade tomba dans un foyer et se fit des brûlures multiples dont elle porte les cicatrices à la face, au menton, à la partie inférieure des deux joues. Dans sa jeunesse elle eut fréquemment des bronchites.

Les règles apparaissent régulièrement depuis l'âge de 16 ans, date de leur instauration. Mariée à 24 ans, la malade

fit une fausse couche de 3 mois : consécutivement, une métrite survint s'accompagnant pendant 6 mois de métrorrhagies avec caillots et douleurs hypogastriques et lombaires. Un curettage est fait à Dreux. Un mieux sensible s'établit alors, mais 18 mois plus tard, (il y a 5 ans 1/2) les douleurs hypogastriques réapparurent. Elle fut *électrisée* et pansée avec des tampons glycerinés pour une ulcération du col. Pendant un an, ce traitement est continué, puis, il y a 4 ans 1/2 environ elle entre à l'hôpital international où on lui fait une laparotomie exploratrice : on croyait alors à une annexite double, et le diagnostic ne fut pas confirmé. A sa sortie de l'hôpital, deux mois durant, elle se porte bien.

Fin décembre 1896, elle souffre de nouveau, et depuis ces souffrances continuelles sont telles qu'elle ne peut ni travailler ni marcher. Toutefois, ses règles apparaissent tous les mois, très peu abondantes, d'une durée de deux jours. Durant les époques les douleurs sont plus vives. Dans l'intervalle quelquefois, pertes blanches. Crises hystériques.

La malade est examinée par M. Doléris, le 7 juin 1898. Elle présente une rétro-version très accentuée, avec probablement, une ovaro-salpingite droite : il est impossible de préciser cette lésion, la paroi abdominale étant très résistante et infranchissable par le palper.

Le 25 juin 1898. — Une incision est faite sur tout le trajet de l'ancienne cicatrice : celle-ci comprenant seulement la peau et le tissu cellulaire sous-péritonéal, s'étend de 1 centimètre au-dessous de l'ombilic au pubis.

Les annexes du côté droit sont prolabées et juxtaposées au fond de l'utérus rétro-versé, et présentent quelques adhérences faciles à décoller. Un corps jaune apoplectique est cautérisé. Les annexes du côté gauche sont saines, avec quelques adhérences facilement détruites au thermo-cautère.

L'utérus est redressé. L'intestin-grêle, très adhérent à la paroi, au-dessous et à gauche de l'ombilic d'une part et à gauche tout le long de la ligne d'incision, d'autre part, est libéré, au doigt, au ciseau et au thermo-cautère ; on détruit de même une adhérence que présente encore une anse intestinale avec le péritoine pariétal, et une adhérence intestino-utérine. Les ligaments ronds sont ensuite fixés dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

La guérison ne tarde pas à s'opérer.

OBSERVATION XIII

Utérus gros et rétro-dévié. Prolapsus douloureux des annexes. Laparotomie. Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. Opérée le 12 juillet 1898.

Anna R..., femme de chambre, âgée de 22 ans a de bons antécédents héréditaires et personnels.

Réglée à 19 ans, sans accidents, elle eut des menstrues régulières jusqu'à 20 ans, époque à laquelle elle vient à Paris. Depuis, la menstruation est insignifiante et douloureuse. La malade n'a jamais eu de pertes blanches ; elle est vierge.

A la suite du moindre travail, la malade se sent fatiguée. Elle ressent des douleurs vagues et a une sensation de « poids » dans l'abdomen. La constipation est modérée. Depuis quatre ou cinq mois, les mictions sont fréquentes non douloureuses. La malade dit, en outre, avoir beaucoup maigri depuis le commencement de l'hiver.

A l'examen on constate que l'utérus est gros et nettement en rétrodéviation. Les annexes sont prolabées et douloureuses.

Le 12 juillet. — La paroi abdominale est incisée sur une

longueur de 10 centimètres, l'incision descendant jusqu'au devant du pubis. L'utérus est saisi avec une pince et amené en bonne position : les ligaments ronds sont recherchés, puis inclu dans la plaie pariétale, en son angle inférieur.

Les suites opératoires sont assez bonnes. Un fil de la paroi a suppuré.

Les règles se sont montrées bientôt, sans s'accompagner de douleurs. La guérison survient : l'utérus est en bonne position.

OBSERVATION XIV

Rétrodéviation brusque à la suite d'un chute sur le siège
Annexite adhésive double. Micro-kystes hémorrhagiques de l'ovaire gauche. Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. Atteinte des annexes du côté gauche
Opérée le 31 janvier 1899.

L... Désirée âgée de 22 ans, est examinée le 20 janvier 1899. Elle se plaint de douleurs violentes dans l'abdomen et dans les reins : son abdomen augmenterait continuellement de volume,

Rien dans ses antécédents héréditaires.

Dans ses antécédents personnels, on relève dans l'enfance, rougeole, variole, coqueluche ; dans l'adolescence, une fièvre typhoïde, il y a trois ans, à la suite de laquelle la santé de la malade serait restée dans un état précaire.

Jusqu'au mois de mai 1898, son attention n'est pas attirée du côté de l'abdomen. A cette époque, elle fait une chute verticale, du haut d'un banc à terre. Elle tombe sur le siège et a la sensation d'un craquement dans le bassin. A la suite, douleurs continues, disparition des règles. Le ventre paraît augmenté de volume.

Cet état continue jusqu'à fin d'octobre 1898, date à laquelle la malade fait une perte de sang abondante, qui la prend brusquement dans l'après midi. A cette époque, au dire de la malade, on aurait pensé à une grossesse. Au bout de quinze jours, cette perte s'arrête.

Les douleurs continuent néanmoins, et deviennent plus vives, permettant à peine la marche et entraînant de l'insomnie. La malade ne se trouve bien dans aucune position.

A l'examen, on constate que l'utérus est complètement rétro-dévié et que les annexes des deux côtés sont volumineuses, adhérentes et très douloureuses au toucher. La paroi abdominale est tendue par un certain degré de météorisme. Constipation habituelle ; grande susceptibilité nerveuse.

La malade est mise au repos. Irrigations vaginales chaudes, compresses alcoolisées sur l'hypogastre. Après onze jours de ce traitement, institué en vue d'atténuer les douleurs et les processus inflammatoires dont le bassin est le siège, l'opération est effectuée, le 31 janvier 1899.

Incision de la paroi de 10 centimètres environ. La paroi abdominale est grasse ; l'utérus volumineux est rétro-dévié. A gauche on trouve les annexes très adhérentes surtout en arrière. On les libère assez facilement. L'ovaire est gros et contient des kystes hémorrhagiques. La trompe est volumineuse, adhérente et oblitérée. Ligature à la soie des annexes ; ablation au thermo-cautère.

A droite, l'ovaire est très adhérent aux parties voisines, certaines adhérences sont volumineuses, solides, on est obligé de les détruire au thermo-cautère. Le pavillon de la trompe est libre, bien étalé, l'ostium est perméable ; on peut y introduire un stylet. L'ovaire et la trompe sont laissés en place après libération minutieuse et destruction des adhérences.

L'utérus fortement rétroversé est ramené en antéversion avec une pince lire balles. Il est libre d'adhérences.

On passe un catgut sous le ligament rond droit ; à gauche étant donnée l'ablation préalable des annexes de ce côté, il est plus difficile d'isoler avec le fil, le ligament rond. L'anse du fil relève ces deux ligaments.

Trois fils de catgut passant dans la paroi abdominale et dans les ligaments fixent ceux-ci.

Les suites opératoires sont bonnes : l'utérus est fixé dans une bonne situation.

OBSERVATION XV

Rétroversion. Annexite double. Raccourcissement intra abdominal des ligaments ronds. Ignipuncture des ovaires. Opérée le 11 février 1899.

M... Marguerite, femme B..., âgée de 26 ans, vient consulter le 21 janvier 1899 pour des douleurs abdominales et des pertes blanches abondantes.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Dans son enfance elle eut la rougeole, et une fièvre typhoïde à l'âge de 10 ans. Réglée à 15 ans, d'une façon très irrégulière, elle se marie à 21 ans.

Trois mois après son mariage, elle fait une fausse couche. Un an après, elle accouche d'un enfant vivant, après un travail laborieux et deux ans après, elle accouche de deux jumeaux. On aurait été alors forcé de faire une version par manœuvres internes.

Depuis ce dernier accouchement la malade souffre beaucoup de l'abdomen et a des pertes blanches abondantes.

À l'examen, on constate que l'utérus est gros et rétrodévié et que les annexes des deux côtés sont douloureuses.

Le 11 février 1899. — Une laparotomie est pratiquée. L'utérus rétrodévié est amené en bonne position, Les deux ovaires

peu adhérents sont polykystiques : ignipuncture. Les deux ligaments ronds sont fixés dans l'angle inférieur de la plaie.

Les suites opératoires sont bonnes : 15 jours après la malade a ses règles.

OBSERVATION XVI

Utérus rétro-dévié. Cervicite. Salpingo-ovarite droite. Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. Opérée le 26 mai 1899.

P... sans profession, 35 ans, a toujours été bien portante. A treize ans elle est réglée. Dans l'adolescence, elle a de fréquentes migraines.

A 20 ans, à la suite d'une violente contrariété, elle a des pertes sanguines abondantes, se reproduisant trois ou quatre fois par mois. Un médecin consulté conseille le mariage le plus tôt possible.

A 22 ans, première grossesse, douleurs violentes dans les reins, quelques pertes légères. Accouchement normal. A la suite, catarrhe de la matrice. Fausse couche de quatre mois.

A 24 ans, deuxième grossesse. Hémorrhagie après délivrance amenant une perte de connaissance, anémie profonde. Absès du sein gauche.

A 28 ans, troisième grossesse. Rien de particulier. A la suite de l'accouchement, métrite soignée dans le service de M. Péan.

A 32 ans, 4^e grossesse, c'est-à-dire il y a trois ans : la grossesse fut mauvaise et la malade eut des douleurs continues dans l'hypogastre, les reins. Vomissements pendant toute la gestation. Anémie. Syncopes fréquentes. Pertes sanguines se produisant à la moindre contrariété. Trois hémorrhagies au moment du travail et deux après la délivrance. Accouchement un peu prématuré.

Depuis pertes blanches abondantes, ballonnement du ventre, pesanteur et douleurs hypogastriques.

Les règles très abondantes durent 7 à 8 jours et s'accompagnent de céphalalgie, et somnolence, de digestion pénible, d'abattement, de syncopes répétées. La station debout est impossible ; la moindre fatigue réveille une douleur violente dans le côté droit : Il en est de même quand on palpe l'abdomen, en un point correspondant aux annexes droites. Douleurs dans les reins.

Le 27 avril. — L'examen est pratiqué. On aperçoit un col volumineux, rouge, très congestionné, présentant une déchéance à gauche : glandes sécrétant abondamment.

L'utérus est en rétroversion. Les annexes droites sont volumineuses un peu adhérentes, sensibles à la pression.

Le 12 mai. — Les règles paraissent, très abondantes ; elles se terminent le 19.

Le 26 mai. — La laparotomie est pratiquée. Les annexes sont grosses, congestionnées, avec quelques adhérences faciles à détruire. Petits kystes disséminés, de la grosseur d'un petit poids. Raccourcissement des ligaments ronds, et fixations à la plaie abdominale.

Les suites opératoires sont bonnes, sauf, la suppuration d'un point de suture.

CONCLUSIONS

1° Les rétrodéviations de l'utérus, par les troubles de la circulation qu'elles entraînent et les déplacements des annexes qui en sont la conséquence, sont une cause prédisposante à des désordres inflammatoires de tous genres ; des adhérences aux organes voisins immobilisent alors l'utérus dans sa position vicieuse.

2° Dans les cas simples où l'utérus est mobile, le redressement et le pessaire peuvent être discutés.

3° Dans les cas où l'affection se complique d'annexite le traitement direct des annexes s'imposant, la laparotomie est nécessaire. L'opération d'Alexander, qui donne d'excellents résultats dans les cas simples ne saurait être de mise ici.

4. L'hystéropexie abdominale, maintient le plus souvent l'utérus en bonne position ; mais elle est antiphysiologique et crée une anomalie qui, au point de vue de la grossesse et de l'accouchement, n'est pas sans présenter des inconvénients.

5° L'hystéropexie vaginale n'est pas meilleure au point de vue de la gravidité.

6° Le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, avec occlusion pariétale échappe à ces défauts.

a) C'est une laparotomie qui permet d'achever le

diagnostic et de faire dans le petit bassin toute manœuvre exigée par les circonstances ;

b) L'utérus est fixé dans sa position naturelle voulue et constatée par le chirurgien et cela au moyen de ses liens physiologiques, sans lui faire contracter aucune adhérence anormale, sans que rien puisse le gêner dans son développement.

c) L'avenir génital de la femme comporte le même pronostic qu'avec l'opération d'Alexander.

Vu : le Président de la thèse
PINARD

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARAN. — Traité des maladies de l'utérus.
- ABEL. — Bulletin médical, 18 mars 1896.
- AUDEBERT ET BINAUD. — Gazette des sciences médicales de Bordeaux, 8 et 15 août 1897.
- BEAUDEOUIN (M). — Hystéropexie abdominale antérieure.. 1890.
- BIENFAIT. — Gazette médicale de Paris, 1897.
- BLAN. — Thèse de Lyon, 1897.
- Echo médical de Lyon, 15 octobre 1898.
- CONDAMIN. — Lyon médical, 1893.
- COURTY. — Traité pratique des maladies de l'utérus.
- DEBAYLE. — De l'hystéropexie vaginale.
- DELAGENIÈRE. — Chirurgie de l'utérus.
- DOIÉRIIS. — Nouvelles archives de gynécologie, 1886-1889.
- Journal de médecine de Paris, 1898.
- La gynécologie, 1897-1898-1899.
- Gazette médicale de Paris, 1886.
- Comptes-rendus de la Société d'Obstétrique de gynécologie et de Pédiatrie, Paris 1900.
- Congrès de Genève, 1896.
- DELBET. — Traité de chirurgie. Duplay et Reclus.
- DUMORET. — Thèse de Paris, 1889.
- Gazette des Hôpitaux, 1889.

- DURET. — Semaine gynécologique, 1898.
- GODARD. — La polyclinique, 1898.
- GODINHO. — La gynécologie, 1896.
- GOUBAREFF. — Archives de Tocologie, 1895.
- FRITSCH. — Traité des maladies des femmes.
- JACOBS. — Bulletin de la Société Belge de gynécologie et d'obstétrique 1899-1900.
- LÉON. — Thèse de Lyon 1894.
- LUCIEN. — Thèse de Nancy, 1896.
- LAMORT. — Thèse de Bordeaux. 1894.
- MANRIQUE. — Thèse Paris, 1899.
- MERLET. — Thèse de Paris, 1899.
- NOULLEAU. — Thèse de Paris, 1899.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- Bulletin médical, 1888.
- Gazette médicale, 1888.
- PICHEVIN. — Semaine gynécologique, 1898.
- Semaine gynécologique, 1899.
- RICHELOT. — Union médicale, 1886.
- RACOVISCEANU. — Thèse de Paris, 1889.
- RIVIÈRE. — Archives de Tocologie, 1892.
- SEGOND. — Société de Chirurgie. Séance du 27 mars 1889.
- Comptes rendus de la société d'obstétrique, de gynécologie et de Pédiatrie, 1899-1900.
- SIMÕES. — La gynécologie. 1897.
- TRÉLAT. — Semaine médicale, 1888-1889.
- TERRIER. — Bulletin et mémoire de la société de chirurgie, 1889.
- VERCHÈRE. — Bulletin médical, 1896.



